Rok XXXIV. Kraków 12. Stycznia 1895 r. Nr. 2.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości $1\frac{1}{2}$ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya:
[illegible]

Administracya:
[illegible]
Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa:
w [illegible] skiego, Rynek główny, [illegible]

Ogłoszenia
[illegible]

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Peres, [illegible] Grabowicz 137. Clinton and 180. Broome Streets.

Rękopisy
[illegible]

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. Jeszcze kilka uwag o wstrzykiwaniach sublimatu pod spojówkę gałki ocznej.

Napisał
Dr. Konrad Rumszewicz w Kijowie.

W początku roku zeszłego ogłosiłem *(Przegląd lekarski* Nr. 5.) spostrzeżenia swoje nad działaniem wstrzykiwań sublimatu pod spojówkę gałki ocznej. Z tych spostrzeżeń, jakoteż z ogłoszonych poprzednio przez innych otrzymałem następujące wskazania do stosowania wstrzykiwań: 1) w przypadkach nagromadzenia się ropy w komórce przedniej; 2) w przypadkach zakażonych ran rogówki jako środek leczniczy; 3) w tych samych przypadkach jako środek zapobiegawczy; 4) w ciężkich, uporczywych zapaleniach tęczówki, zwłaszcza połączonych z nagromadzeniem się ropy w komórce przedniej; 5) w zapaleniach twardówki i 6) w zapaleniu naczyniówki i siatkówki u krótkowidzów. Wyniki ogłoszone oparte były na spostrzeżeniach dokonanych przeze mnie do połowy Września roku 1893. Od tego czasu, w ciągu roku z górą, stosowałem dalej wstrzykiwania podspojówkowe; chcę więc obecnie uzupełnić wyniki, które w pierwszej swej pracy podałem, ponieważ co do niektórych cierpień wypadło mi zmienić zdanie a nadto ogłoszono w roku bieżącym kilka nowych prac o działaniu sublimatu.

Jednocześnie ze mną ogłosił swe spostrzeżenia Wicherkiewicz w pracy: Zastrzykiwania podspojówkowe sublimatu w zapaleniach sympatycznych *(Nowiny lekarskie* Nr. 2). Żałuję bardzo, że znam ją tylko ze streszczenia w *Kronice lekarskiej* (Marzec 1894 r.). Otóż do zdania autora o działaniu sublimatu w zapaleniach sympatycznych powrócę później; w sprawach zaś zapalnych ostrych rogówki i tęczówki, zdaniem jego, skutek, jeżeli w ogóle ma wystąpić, to zwykł się objawiać zaraz po pierwszych wstrzykiwaniach, których niewiele trzeba do zupełnego wyniku, w przewlekłych zaś sprawach chorobowych błon gałki ocznej, pomyślny wynik stwierdzić można dopiero po dłuższej seryi wstrzykiwań. Dalej Langie dokonał w klinice prof. Rydla nader licznych spostrzeżeń (przeszło w 50 przypadkach), które ogłosił w gruntownej swej pracy: Uwagi i spostrzeżenia nad wstrzykiwaniami sublimatu pod spojówkę gałki *(Przegląd lek.* Nr. 28—36). Wyniki przez autora podane cenne są z tego jeszcze względu, że unikał stosowania równoczesnego innych środków leczniczych a przypadki opisał dokładnie i szczegółowo każdy z osobna.

Nie mając zamiaru streszczać obszernej tej pracy, przytoczę tu tylko wskazania zestawione przez autora na podstawie tak własnych jak i obcych spostrzeżeń do wstrzykiwań podspojówkowych sublimatu: 1) Choroby rogówki *a)* wrzody i ropnie. O ile zmiany na rogówce nie są zbyt rozległe, wystarczają same wstrzykiwania, w przeciwnym razie stanowić winny środek pomocniczy. W cierpieniach lżejszych rogówki, mających przyczynę w cierpieniach spojówki, wstrzykiwania są zbyteczne, przeciwnie w groźnych cierpieniach na tej samej podstawie powstałych, wstrzykiwania bardzo są skuteczne; *b)* w przypadkach znaczniejszych ran zakażonych, stosując równocześnie inne środki; *c)* jako środek zapobiegawczy przed operacyą na gałce w przypadkach, w których grozi zakażenie ranki; *d)* lżejsze przypadki zapalenia rogówki miąższowego, w cięższych w połączeniu z leczeniem ogólnem. Stosować środek można w samym początku cierpienia; wzrok poprawia się prędko lub też dopiero po kilku wstrzykiwaniach. W dwóch przypadkach sprawa chorobowa ustąpiła w ciągu miesiąca; zaćmienia pozostało po ustąpieniu objawów zapalnych wymagają dalszego leczenia środkami wyjaśniającymi. Langie stosował zawsze atropinę. 2) Wszystkie przypadki zapalenia tęczówki obok bezwzględnie wskazanej atropiny (w cięższych i na tle skazy ogólnej powstałych obok leczenia ogólnego). 3) Zapalenia siatkówki, nerwu

wzrokowego lub obojga razem, o ile cierpienia te nie są zastarzałe. 4) Zaćmienia ciałka szklanego. Środek działał znakomicie, uderzającem było działanie w przypadku krwotoku do ciałka szklanego. 5) Zapalenie sympatyczne obok innego leczenia. 6) Co do zapaleń twardówki autor własnych spostrzeżeń nie przytacza. Co do chorób naczyniówki, to jakkolwiek nie utrzymuje, że wstrzykiwania są przeciwwskazane, sądzi jednak, że jeżeli mają być stosowane, to tylko równocześnie z innem leczeniem, zwłaszcza jeżeli chodzi o zmiany powstałe na tle myopii. Nie są wskazane wstrzykiwania w oderwaniu siatkówki i w jej zwyrodnieniu barwikowem, w zaniku nerwu wzrokowego, z wyjątkiem początkowego okresu zaniku pozapalnego, tudzież w chorobach spojówki.

Wreszcie i w Niemczech, gdzie leczenie wstrzykiwaniami sublimatu na razie bardzo niewiele znalazło zwolenników, dokonano w klinice Deutschmanna w Hamburgu niedawno spostrzeżeń na większą skalę, ogłoszonych w *Beiträge zur Augenheilkunde* (Zeszyt XV, ostatni), w dwóch pracach: Zorsenheim: *Ueber die subconjunctivalen Injectionen von sublimat* i Deutschmann: *Ueber Behandlung von akut infectiösen Processen des Auges durch subconjunctivale Sublimatinjectionen.* Praca Zorsenheima zawiera nadzwyczaj wiele spostrzeżeń; praca Deutschmanna stanowi niejako dodatek do niej. Otóż Zarsenheim stosował wstrzykiwania sublimatu: 1) w 19 przypadkach miąższowego zapalenia rogówki. Przebieg choroby był bezwarunkowo o wiele krótszy; niektórzy chorzy wyzdrawiali już w ciągu czterech tygodni. Pomyślne wyniki otrzymywał również w przypadkach bardzo ciężkich i zadawnionych. W ogóle leczenie daje wyniki tem pomyślniejsze, im wcześniej stosuje się wstrzykiwania. Działanie nadto jest skutecznem nietylko w formach kiłowych, lecz i w tych, w których kiła bezwarunkowo żadnej nie odgrywała roli. 2) W 6 przypadkach *episcleritis*. Z tych wszakże pomyślne działanie zauważano w trzech przypadkach, w trzech zaś innych leczenie pozostało bez skutku. 3) W *iritis plastica specifica*. W 8 spostrzeganych przypadkach działanie następowało nadzwyczaj prędko, w ciągu niewielu dni, przy zadaniu nadto nadzwyczaj małej ilości rtęci. W 3 przypadkach nie stosowano wcale atropiny, mimo to jednak źrenice pozostały „okrągłe“. 4) W *iritis plastica*. Z 13 spostrzeganych przypadków w 5, prawdopodobnie nawet w 6, reumatyzm był powodem w 1, może w 2 *gonococcus*; pozostałe wywołane były najpewniej przez reumatyzm lub też przez kiłę. Ostatnie cierpienie nie zdaje się zresztą odgrywać większej roli, gdyż zarówno swoiste jak i nie swoiste formy ustępowały najdalej w ciągu trzech tygodni. W 2 przypadkach, w których były liczne przyczepiny tylne, również wcale nie stosowano atropiny a jednak mimo to otrzymano w bardzo krótkim czasie wyzdrowienie z „okrągłą źrenicą“. 5) W *iritis serosa*, z pomiędzy 7 spostrzeganych przypadków wyniki były zadowalniające, zwłaszcza w 3 przypadkach wyzdrowienie nastąpiło nadzwyczaj prędko. 6) W *chorioiditis* (*resp. iridochorioiditis*, lecz bez znacznych świeżych objawów ze strony tęczówki) środek stosowano aż w 29 przypadkach a jednak wyniki były stosunkowo najmniej pomyślne i o wnioski ogólne trudniej chyba było. W niektórych prostych przypadkach wstrzykiwania chybiały zarówno celu, jak i inne użyte środki lecznicze, w innych znów pomagały; wreszcie w jednym przypadku nie pomogły wcale, tymczasem arsen i jodek sodu zadane wewnątrz, sprowadziły prędkie polepszenie. Zawsze jednak Zorsenheim jest zdania, że w pewnych razach w cierpieniach naczyniówki, zwłaszcza pochodzenia kiłowego, wstrzykiwaniom podspojówkowym należy się pierwszeństwo przed innemi sposobami leczenia, w innych zaś przypadkach tych cierpień stanowić one mogą bardzo ważny środek pomocniczy, obok innych leków. 7) W zaniku nerwów wzrokowych Z. stosował wstrzykiwania w 100 przypadkach cierpienia, lecz sprawę zdaje tylko z 9, w których bądź na pewno była kiła, bądź można ją było podejrzywać. Wyniki, jak się zresztą tego z góry spodziewać należało, były niezadowalniające. To samo było w oderwaniu siatkówki.

Jakkolwiek autor przytacza dokładnie każdy przypadek z osobna, lecz skuteczność działania sublimatu w wielu razach mniej jest wyraźna z powodu, że równocześnie stosowano jeszcze inne sposoby leczenia. Nie biorąc w rachubę 9 przypadków zaniku nerwu wzrokowego, 3 przypadków domniemanej gruźlicy oka i wreszcie jednego przypadku zapalenia sympatycznego, w ogóle na 84 dokładnie opisanych przypadków, aż w 34 obok wstrzykiwań sublimatu stosowano równocześnie inne środki: leczenie swoiste w kile, salicylan sodu w reumatyzmie, arsen i t. d. Nie mówię tu już o przypadkach, w których początkowo używano innych sposobów leczenia i następnie dopiero stosowano wstrzykiwania, gdyż tu zmiany w przebiegu choroby zaszłe na wyraźności mniej już traciły. Przytoczę teraz niektóre własne spostrzeżenia.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. O przeszczepianiu się wrzodu stwardniałego na samym chorym.

Podał

Doc. Dr. A. Zarewicz,

prymaryusz oddziału chorób wenerycznych i skórnych w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

(Ciąg dalszy, Patrz Nr. 1).

Dla uzupełnienia koniecznej całości dodać muszę, iż w jamie ustnej i na skórze nie znaleziono więcej żadnych innych zmian. Na wardze jednak stronnej mniejszej prawej znachodziła się od trzech dni mała, ściśle ograniczona, o podstawie lekko nacieklej ekskoryacya a prócz niej nie było w całym narządzie płciowym żadnych zmian. Gruczoły barkowe i pachwinowe zupełnie prawidłowe. Aby do dalszego przebiegu tej zmiany już więcej nie powracać, zaznaczę już tutaj, że zmiana ta przy zwykłej czystości już w kilka dni potem zagoiła się.

W dniu 3. Lutego (61. dnia od czasu wystąpienia wrzodu) wrzód stwardniały na wardze ust górnej był już zagojonym, pozostawiwszy po sobie zwykłą wrzodom pierwotnym stwardniałość, wrzód zaś na języku położony nieokazywał żadnej poprawy. W dniu tym chora po raz pierwszy uskarżać się poczęła na bóle głowy, ze znaczniejszem ku wieczorowi nasileniem; obmacywanie głowy nie wykazało przedmiotowo żadnych zmian, chora okazywała cerę bledszą i większe osłabienie. Temperatura chorej, codziennie mierzona, była stale prawidłowa. Odżywienie niezmienione. Na skórze i błonach śluzowych zmian niema. Skoro

bóle głowy przy zastosowaniu zwykłych środków nie ustąpiły, polecono trzeciego dnia, wewnętrznie, jodek potasu. W tym dniu dostrzeżono na wewnętrznej stronie wargi wstydliwej mniejszej prawej nową ekskoryacyę, która wkrótce się zagoiła. Zmiana na języku okazywała znaczną poprawę. Pod wpływem jodku potasu bóle głowy w pięć dni ustąpiły. Dnia 12. Lutego, a zatem w miesiąc po wystąpieniu wrzodu stwardniałego na języku, był on zagojonym, pozostawiwszy po sobie niezmienioną stwardniałość; również stwardniałość na wardze górnej ust utrzymywała się bez zmiany. Na błonie śluzowej jamy ustnej niema żadnych zmian, również na skórze; po zmianach na wardze wstydliwej mniejszej prawej niema ani śladu. W dniu 8. Marca stwierdzono powiększenie się gruczołów karkowych a stwardniałosci po wrzodach pierwotnych, tak na wardze ust górnej jak i na języku, lubo zmniejszone, zawsze jednak bardzo wyraźnie można było wyczuć. Odżywienie chorej poprawiło się widocznie. W 13 dni później (21. Marca) obie stwardniałosci jeszcze były wyczuwalne; odtąd jednak u tępywały szybko a przypomnieć muszę, iż chora stosowała na wrzód wargi ust plaster rtęciowy, z wyjątkiem małych przerw w razie większego podrażnienia wrzodu pod plastrem; wrzód zaś na języku pozostawiono jego własnemu biegowi. Skoro do dnia 5. Kwietnia 1892. r. nie wystąpiły zmiany kiłowe, chorą ze znaczną poprawą ogólnego odżywienia wypuszczono z leczenia, czyniąc ją uważną na wystąpienie zmian ogólnych. W tym czasie po wrzodzie na wardze ust pozostała nieznaczna mięsistość; stwardniałość na języku zeszła bez śladu. Gruczoły karkowe ustąpiły a podszczękowe znacznie się zmniejszyły; inne zaś nie były powiększone. Na częściach płciowych nie było także żadnych zmian.

W dniu 19. Kwietnia tegoż roku (1892.) chora ponownie zgłosiła się do szpitala, tym razem jednak ze zmianami na częściach płciowych, ale tak nieznacznej wielkości, iż naturę ich trudno było oznaczyć. Badanie całego ciała nie wykazało żadnych świeżych zmian kiłowych; po wrzodzie stwardniałym na wardze ust wyczuć można było bardzo nieznaczną mięsistość z rozszerzonemi na jej powierzchni, nowo wytworzonemi naczyniami krwionośnemi; na języku po wrzodzie niema śladu. Gruczoły podszczękowe twardsze i większe, niż zazwyczaj. Pobyt chorej w szpitalu z powodu pojawienia się po menstruacyi liszaja płciowego (*herpes prog.*) na wardze większej lewej, przedłużył się do dnia 21. Maja 1892. a przez cały ten czas nie dostrzeżono u niej żadnych świeżych objawów kiłowych.

W dniu 17. Czerwca 1892. do l. prot. 1126. przyjęto chorą ponownie, tym razem już z wybitnymi objawami kiły następowej. Stan obecny chorej był: gruczoł karkowy prawy nieznacznie powiększony, gruczoły barkowe i pachwinowe niepowiększone, podszczękowe zaś lewe obok zbitszej niż w stanie prawidłowym konsystencyi okazują mierne powiększenie.

Na samym końcu języka znachodzą się obok siebie dwie kłykciny sączące, pod formą nieznacznie naciekłych ekskoryacyj, wypociną szarą pokrytych. Również na migdałku prawym i na łuku językowym lewym znachodzą się także kłykciny sączące.

Na klatce piersiowej po stronie lewej i na przedbarczu prawem, po wewnętrznej jego stronie, znachodzą się w gromadach ułożone, plamy obrączkowe kiłowe.

Na napletku łechtaczki znachodzi się także jedna kłykcina sącząca pod formą ekskoryacyi o naciekłej podstawie. Ekskoryacya ta kształtu okrągłego, wielkości sporego grochu, o powierzchni nieco wyniosłej, bez mała żadną wypociną niepokrytej, otoczona jest do koła szarą obwódką.

Odżywienie chorej było dostateczne, wejrzenie niedokrewne. Innych zboczeń w całym organizmie nie znaleziono. Chorą poddano ogólnemu leczeniu rtęciowemu, pod formą wstrzykiwań miąższowych z żółtego tlenku rtęci, i leczeniu miejscowemu zmian w jamie ustnej i na częściach płciowych.

W czasie leczenia wystąpiły były jeszcze nieznaczne nowe wykwity w jamie ustnej i na częściach płciowych, które jednak pod wpływem leczenia szybko ustąpiły. Wstrzykiwań na usunięcie zmian potrzeba było cztery a chora wolna od zmian opuściła szpital w dniu 14. Lipca 1892. r.

W obu przytoczonych przypadkach nie miałem najmniejszej wątpliwości, że świeżo w naszych oczach powstałe zmiany nie mogą być niczem innem, jak tylko wrzodami stwardniałymi. Ich charakterystyczne wejrzenie, w niczem nie różniące się od wrzodów, które obie chore okazywały w czasie przyjęcia, wybitna, ściśle ograniczona u ich podstawy stwardniałość nie pozwalały na pomięszanie ich z jakąkolwiek inną zmianą chorobową. Należało jednak, jak to już przy opisywaniu pierwszego z tych przypadków wspomniałem był, wytłómaczyć sobie zgodnie z nauką i doświadczeniem genezę obu tych, w przebiegu już istniejącego wrzodu świeżo powstających wrzodów.

Zdaniem mojem dwie tylko ewentualności są tutaj możebne:

1⁰ że jeszcze w czasie okresu wylęgania się pierwszego wrzodu obie chore ponownie jadem syfilitycznym zakażone zostały i w miarę późniejszej, ponownej infekcyi, wystąpił później drugi wrzód stwardniały (*chancre successif* Francuzów);

2⁰ że już istniejący wrzód stwardniały przeszczepił się dobrowolnie na tej samej osobie.

Szczególniej ta druga ewentualność ma pod względem teoretycznym i praktycznym z przyczyn, które poniżej wyłuszczę, ogromną doniosłość.

W pierwszym przypadku u chorej B. wystąpił drugi wrzód stwardniały w miesiąc (obliczając dokładnie: w 32. dniu pobytu chorej w szpitalu) po jej przyjęciu; jak długo przed przyjęciem chorej istniał już pierwszy wrzód, o tem nie można mieć dokładnego pojęcia, gdyż chora nie wiedząc nic o swojej chorobie, nie mogła nam tem samem podać żadnych wyjaśnień. Jeżeli jednak uwzględnimy wielkość wrzodu (pół centa), zajęcie wybitne i znaczne gruczołów pachwinowych, sądzę, że nie przesadzę, jeżeli czas trwania choroby ocenię, co najmniej, na dwa tygodnie przed zgłoszeniem się chorej do szpitala. Gdyby zatem chora zaszczepioną została powtórnie jadem syfilitycznym, nawet tuż przed pojawieniem się pierwszego wrzodu stwardniałego, to zmuszeni jesteśmy przyjąć czas wylęgania się drugiego wrzodu na dni 46.

U drugiej chorej P. wystąpił drugi wrzód stwardniały (na języku) w 39. dniu trwania choroby, t. j. wrzodu stwardniałego; gdybyśmy przyjęli ponowne zaszczepienie zarazkiem kiłowym także bezpośrednio przed pojawieniem się wrzodu

stwardniałego na wardze ust, byłby również długim jak w pierwszym przypadku!

Co do powstawania wrzodów pierwotnych dodatkowych (*chancres successifs)*, zapiski nasze są dość skąpe, albowiem z łatwych do pojęcia powodów polegać jedynie możemy na szczepieniach umyślnie w tym celu wykonanych. Liczba tych szczepień jest bardzo mała a zawdzięczamy je Wallacowi (1835), Lindwurmowi (1861) i Puchemu (1862). Szczepienia Belhomma (1859) i Giberta (1859) nie wszystkie dały wynik dodatni. Zaznaczyć jednak należy, na co kładę wielki nacisk, że z doświadczeń tych wynika, iż odstępy czasu, które upłynęły między pojawieniem się wrzodów z osobna były krótkie a nawet w przypadku Puchego, który w odstępie 22 dniowym zaszczepił choremu ponownie wydzielinę wrzodu stwardniałego, oba wrzody wystąpiły współcześnie. Mniejszej doniosłości są spostrzeżenia kliniczne Rolleta, dotyczące tego rodzaju powstawania wrzodów stwardniałych na sutku; prócz tego przytacza Jullien własny przypadek w r. 1877. obserwowany, który tyczy się mężczyzny utrzymującego przez cały miesiąc stosunki płciowe z kobietą syfilityczną. W 30 dni po pierwszem spółkowaniu wystąpił wrzód stwardniały na prąciu a w trzy tygodnie później drugi wrzód na brzuchu. Drugi wrzód był uporczywym w ustępowaniu; towarzyszyło mu zajęcie gruczołów chłonnych pod mięśniem piersiowym dużym.

Chociaż przypadek ten może być bardzo cennym przyczynkiem do wyjaśnienia sprawy roztrząsanej, przytaczam go jedynie tylko dla tego na tem miejscu, iż sam autor zalicza go do wrzodów dodatkowych; zdaniem mojem jednak nie daje on nam bezwzględnej pewności, że w przytoczonym przypadku zaszczepienie jadu kiłowego nastąpiło w okresie wylęgania wrzodu pierwotnego (*stadium incubationis primum*), bo uwzględniając zanadto długi odstęp czasu między pojawieniem się obu wrzodów, przypuścić raczej należy, iż mamy tu do czynienia z przeszczepieniem się wrzodu pierwotnego na samym chorym.

Według podania Julliena (l. c. pag. 556), Horand, który miał także spostrzegać dwa podobne przypadki, należy do zwolenników przeszczepialności wrzodu stwardniałego na samym chorym. (Ciąg dalszy nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

L. Ollier: **Traite des resections.** 3 tomy. Paris. G. Masson. 1885—1891.

Dość wspomnieć, że wyszło z pod pióra Olliera dzieło o resekcyach stawów i kości, żeby zwrócić ogólną uwagę świata lekarskiego na tak ważne zdarzenie. To też bynajmniej nie potrzebuję zachwalać dzieła tego, ani wyliczać jego zalet, ale po najkrótszej wzmiance o treści trzech obszernych tomów — każdy chirurg i tak z nimi bliżej zapoznać się musi — zatrzymam się nieco dłużej nad temi sprawami, w których nie mogę zgodzić się z autorem.

Tom pierwszy zawiera część ogólną. Po przedmowie pełnej wzniosłych myśli, z których niechaj choć jedno zdanie przytoczę: *En chirurgie, comme dans toutes les branches des connaissances humaines où des doctrines contradictoires et parfois absolues se partagent l'opinion, il est difficile de garder une juste mesure* — następuje dokładny opis historyi i rozwoju wypiłowań stawów i kości. Zdarzeniem najdonioślejszem i sprawiającem pewien przewrót w historyi wypiłowań jest zaprowadzenie podokostnowego sposobu resekcyj a to właśnie jest największą zasługą Olliera, bo swojemi badaniami doświadczalnemi wykazał naprzód wartość i znaczenie okostny dla nowego tworzenia się kości a dalej pierwszy zastósował naukowe swe zdobycze teoretyczne do resekcyi stawów. Pierwszeństwo to Olliera przed Langenbeckiem, któremu je Niemcy zwykle przypisują, nie ulega wątpliwości a Langenbeckowi pozostaje tylko zasługa wprowadzenia tego sposobu w Niemczech i wydoskonalenie go własnymi pomysłami niezależnie od Olliera — i to wielka chwała.

W dalszym ciągu tomu pierwszego znajdujemy opisany sposób wykonywania, wskazania i wyniki wypiłowań wogóle. Tutaj też jest mowa o sposobach opatrywania, o leczeniu następowem, o wytwarzaniu się na nowo wypiłowanych końców stawowych a wszystko to jest oparte na wielu doświadczeniach na zwierzętach, na spostrzeżeniach klinicznych i badaniu pośmiertnem. Rozumie się, że wszędzie znajdujemy uwzględnione rozmaite przyczyny wskazujące wypiłowania a mianowicie rany postrzałowe i chirurgią polową wogóle.

Tom drugi zawiera wypiłowania stawów i kości, wykonywane na górnych kończynach. Prócz dawniejszych i nowszych sposobów innych autorów znajdujemy dokładniej opisane sposoby samego Olliera. Przy stawie barkowym i łokciowym i ja w klinice naszej już od kilku lat daję sposobom Olliera pierwszeństwo przed Langenbecka, bo się przekonałem, że dają lepszy przystęp do stawu i lepsze wyniki funkcyonalne. Staw nadgarstkowy operujemy zawsze sposobem Langenbecka, który się prawie wcale nie różni od Ollierowskiego. Wszędzie znajdujemy leczenie następowe jak najdokładniej opisane a wyniki na licznych przypadkach wykazane.

Z zadowoleniem wielkiem stwierdzamy, że wyniki te są wyborne i niezwykłe — jak Ollier sądzi, dzięki podokostnowemu operowaniu, mnie zaś się zdaje dzięki wytrwałemu i umiejętnie przeprowadzonemu leczeniu następowemu; do tej kwestyi powrócę na końcu.

Tom trzeci obejmuje wypiłowania dokonane na kończynach dolnych, głowie i tułowiu. Tom to najgrubszy, bo aż 1032 stronnic zawierający. I tutaj znajdujemy opisy sposobów operowania, wskazania i wyniki przeplatane wszędzie to ciekawymi opisami chorób, to nie mniej ciekawymi opisami preparatów; znaczna liczba rycin uwydatnia wyniki po operacyi. Rozumie się, że nie możemy choćby w największem skróceniu podać treści.

Zwracamy tylko uwagę, że co do kwestyi leczenia gruźlicy stawów, która obecnie tak żywo zajmuje umysły chirurgów, Ollier stara się *de garder une juste mesure* — i tutaj po większej części z nim się zgadzam; dokładniej swoje stanowisko skreśliłem w obszernej pracy, która niebawem się ukaże.

W końcu zwracam się do punktu, w którym żadną miarą z Ollierem zgodzić się nie mogę. Ollier, jako wynalazca sposobu podokostnowego wszędzie i zawsze na niego kładzie nacisk, nawet przy wypiłowaniach w gruźlicy stawów zalecając zawsze na pierwszem miejscu utrzymanie torebki stawowej z okostną końców stawowych w nieprzerwanej ciągłości. Ja muszę ostrzedz przed takiem postępowaniem: w gruźlicy winniśmy przeciwnie przedewszystkiem starać się o jaknajdokładniejsze wycięcie tkanki chorobowo zmienionej bez względu na zachowanie ciągłości torebki. Zdaje mi się, że tak, jak w naszej klinice, postępują obecnie prawie wszędzie.

Mylnem jest też zdanie Olliera, że wyborne swoje wyniki zawdzięcza podokostnowemu sposobowi operowania. Mnie się zdaje, że te wyniki osiąga on tylko dzięki swojemu leczeniu następowemu, które nader troskliwie i umiejętnie przeprowadza. Dodajmy do tego, że jest on w tem miłem położeniu, że może swoich chorych przez długie miesiące zatrzymywać w opiece i rzeczywiście ich zatrzymuje a nie będziemy się dziwili świetnym jego wynikom.

Olliera książka to skarbiec nauki i doświadczenia!

Prof. Rydygier.

Sprawozdanie z oddziału ginekologicznego kliniki ginekologiczno-położniczej U. J. pod kierunkiem prof. Dra H. Jordana z roku szkolnego 1893/4.

Napisali

Dr. Aleksander Rosner i Dr. Ludwik Świtalski,

asystenci tejże kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 1).

I.

Choroby sromu.

Haematoma vulvae	1
Prolapsus urethrae	1
Ruptura perinei completa	2
Ruptura perinei incompleta	2
Razem	6

1) *Haematoma vulvae.* K. Z., l. 28, zamężna z Krakowa. Rozpoznanie: *Haematoma vulvae post trouma.* Leczenie: *Incisio-drainage.* Wywiady: Dnia 12. Marca b. r. podczas sprzeczki została silnie kopnięta przez męża w okolicę sromu. Doznawszy przy tem bardzo silnego bólu, upadła na ziemię, zkąd się już o własnych siłach podnieść nie mogła. Wkrótce potem zauważyła guz w okolicy sromu, który przez jakiś czas powiększał się coraz bardziej.

Na drugi dzień rano wystąpiło z guza tego dosyć obfite krwawienie i w tym czasie chorą przywieziono do kliniki. Zresztą osoba ta podaje, że rodziła przed 6-ma laty prawidłowo. Miesiączkowała i miesiączkuje zawsze prawidłowo. Ostatnia regularność odbyła się z końcem Lutego. Stan obecny: Osoba wzrostu średniego, miernie zbudowana i odżywiona. Ciepłota prawidłowa, tętno spokojne. W okolicy wargi sromnej większej i mniejszej prawej znajduje się guz wielkości prawie głowy noworodka tak, że obie wargi, mniejsza i większa, zostały zużyte na pokrycie guza a granica między nimi zaznaczona jest tylko jaśniejszą smugą podłużną. W górnej części tumoru widać obrzękłe rozgałęzienia (*frenulum et praeputium clitoridis*) wargi mniejszej. Skóra pokrywająca tumor jest bardzo silnie napięta, połyskująca, przeważnie ciemnosinawo ubarwiona. Na wewnętrznej stronie tumoru, w dolnej trzeciej jego części, znajduje się otwór wielkości centa o brzegach strzępiastych, zatkany skrzepami krwi. Całe międzykrocze i dolna część wargi sromnej większej lewej są obrzmiałe i ciemno sino zabarwione. Palcem do pochwy z trudnością wprowadzonym można się przekonać, że boczna prawa strona pochwy jest w dwóch trzecich częściach dolnych znacznie wypuklona.

W pierwszym dniu postanowiono przeprowadzić leczenie wyczekujące, stosując okłady z octanu glinowego. Kiedy jednak na drugi dzień wystąpiły objawy nekrozy na skórze guz pokrywającej w miejscu odpowiadającem dolnej części wargi mniejszej, postanowiono guz naciąć, wydalić wszystkie skrzepy i drenować pozostałą jamę. W tym celu po bardzo dokładnem oczyszczeniu całego guza poprowadzono cięcie na kilka centymetrów długie w przedłużeniu powyżej opisanego otworu, przez pęknięcie ściany guza powstałego i dwoma palcami wydobyto wielką ilość skrzepów. Krwawienia przytem nie było. Następnie wystrzykano jamę, przez wyjęcie skrzepów powstałą 3% kwasem karbolowym, wytamponowano ją gazą jodoformową i założono opatrunek uciskający w postaci litery T.

Dalszy przebieg był całkiem pomyślny. Chora nie zagorączkowała ani razu a jama, którą codzień wystrzykiwano 3% kwasem karbolowym, zmniejszała się bardzo szybko. Pomimo jednak tego $1/3$ część dolna wargi mniejszej uległa nekrozie. Część nekrotyczna wkrótce się oddzieliła a gojenie postępowało szybko tak, że chora dnia 31. Marca opuściła klinikę z nieco krótszą wargą sromną mniejszą lewą.

Przypadek powyższy krwiaka sromu należy zaliczyć do bardzo rzadkich ze względu na znaczne rozmiary. Krwiaki poporodowe dochodzą nierzadko tej wielkości a nawet mogą ją przekraczać, co da się łatwo wytłómaczyć silnem przekrwieniem i bardzo znacznem rozpulchnieniem tkanek w okolicy sromu z końcem ciąży; natomiast krwiaki powstałe poza okresem płodzenia, rzadko przekraczają wielkość pięści (Pozzi, Bylicki) i tylko wyjątkowo mogą dojść do tych rozmiarów, co w naszym przypadku.

Przyczyny krwiaka sromu poza porodem mogą być rozmaite i pod tym względem jest ogłoszonych kilka ciekawych przypadków.

Himmelfarb[1]) opisuje przypadek krwiaka sromu powstałego w skutek ukąszenia w dolną trzecią część wargi większej lewej przez kochanka po spółkowaniu. Obrzęk dochodził tu wielkości pięści. Gempe[2]) obserwował przypadek krwiaka sromu u posługaczki 20-letniej powstałego w skutek przenoszenia ciężko chorych. Lawson-Tait cytuje jako przyczynę krwiaka pierwsze spółkowanie. Podobny przypadek opisuje Ehrendorfer[3]), gdzie u kobiety, będącej w 5-tym miesiącu ciąży, powstał krwiak w prawej wardze sromnej większej w następstwie gwałtownego spółkowania. Obok tych wyjątkowych przyczyn najczęściej krwiak sromu powstaje w skutek silnego urazu w okolicy sromu.

Krwiaki, nie przekraczające wielkości pięści, zwykle nie sprowadzają żadnych złych skutków i zwykle bez wszelkiego leczenia ustępują po pewnym czasie. Przy większych w skutek znacznego napięcia skóry może przyjść do nekrozy, przebicia i do znacznego, ba nawet śmiertelnego krwotoku, jak to było w przypadku ogłoszonym przez Rossowa[4]). Dlatego też większe krwiaki należy wcześnie naciąć, jamę opróżnić i traktować antyseptycznie. W razie krwotoku tamponada silna zwykle wystarcza, aby go powstrzymać; gdyby to nie wystarczało, należy przystąpić do okłucia krwawiącego miejsca, jak to podaje Święcicki.

2) *Prolapsus urethrae.* L 116. J. S., lat 12, Izraelitka z Czerwonego Prądnika. Rozpoznanie: *Prolapsus urethrae.* Leczenie: *Excisio partis prolabentis et sutura.* Wywiady: Chora zgłosiła się do kliniki dnia 17. Maja b. r. i podaje, że przed dwoma tygodniami siadając po męzku na obręcz wózka, uderzyła się w okolicę sromu, przyczem doznała tak silnego bólu, że musiała się na jakiś czas położyć i wkrótce potem zauważyła, że z szpary sromowej wypływa krew. Od tego czasu doznaje mocnych bólów przy oddawaniu moczu.

Stan obecny: Po rozstawieniu warg sromnych większych i mniejszych (w narkozie chloroformowej), napotyka się na 1 cm. poniżej łechtaczki wyniosłość obrączkowatą, mocno zaczerwienioną, na szczycie pokrytą czarnymi skrzepami krwi, rozciągającą się prawie aż do wędzidełka. W środek tej wyniosłości daje się wprowadzić kateter, przez który odpływa mocz czysty. Ku dołowi pomiędzy wałem a wędzidełkiem znajduje się szparka, przez którą można wprowadzić sondę do pochwy. Wał ten jest dość twardy.

Leczenie: Zalecono spokój i okłady z płynu Burrowa. W kilka dni oddzieliły się skrzepy krwi a wtedy zalecono kąpiele nasiadowe. Kiedy po dwu tygodniach od czasu badania wyniosłość ta nie zmniejszyła się wcale, wykonano dnia 8. Czerwca zabieg operacyjny. Nożyczkami przedzielono bocznie guzek na dwie części, górną i dolną, poczem odcięto górną półkolistą część u podstawy i powierzchnię krwawiącą przekroju zeszyto w ten sposób, że połączono trzema szwami jedwabnymi, węzełkowymi przeciętą błonę śluzową cewki z przeciętą błoną śluzową przedsionka. Następnie wykonano to samo od dołu, gdzie założono cztery szwy. Po zeszyciu założono do cewki bez trudności kateter, za pomocą którego odprowadzano mocz przez pierwsze dni po operacyi.

W 7 dni po operacyi wyjęto szew; rana była zgojona *per primam.* Chora od tego czasu nie doznawała już żadnych dolegliwości.

[1]) Centralblatt f. Gynäkologie 1888. Ng.

[2]) F. Winckel: Lehrb. der Frauenkrankheiten 1886. s. 59.

[3]) Archiv f. Gynäkologie 1889. Z. XXXIV. s. 161.

[4]) Centralblatt f. Gynäkologie 1879. s. 173.

Cierpienie to uważane było za bardzo rzadkie dlatego, że wzmianki o przypadkach rozrzucone były w literaturze całego świata. Dopiero Kleinwächter[5]) zebrał te przypadki w liczbie 70 kilku. Po nim ogłosił Bagot[6]) trzy przypadki, Roseberry[7]) a w ostatnich czasach Graefe[8]), Tritschler[9]) i Eager[10]) po jednym, nadto Hofmeier[11]) przypadek swój i Schrödera.

W 46 przypadkach podany jest wiek i tak w 26 przypadkach, t. j. w 60% niżej lat 15, 8 w sile wieku, 12 po latach przejściowych. Przeważają więc, jak widzimy, dzieci, które, jak statystyka wykazuje, bywają zwykle słabe i skrofuliczne.

Jako bezpośrednią przyczynę podają działanie tłoczni brzusznej, n. p. kaszel kokluszowy, parcie na stolec i t. d. U nas nie można wykazać tej przyczyny. 21 razy operowano w sposób zupełnie podobny do naszego; nasza operacya jest 22-ga. Myśl podobnej operacyi, jakiej użyliśmy, nasuwa się sama przez się. Jest ona technicznie bardzo łatwa a czysto wykonana nie naraża operowanej na żadne niebezpieczeństwa. Podwiązanie wypadłej błony śluzowej na cewniku i czekanie aż sama opadnie, jest, jak się słusznie wyraża Kleinwächter, sposobem niechirurgicznym i stwarza bliznę skłonną niewątpliwie do zwężenia ujścia cewki. Również bardzo pomysłowa i skomplikowana operacya Emmeta[12]), polegająca na rozcięciu przedniej ściany pochwy w linii środkowej, wciągnięciu przez tę ranę do pochwy wypadłej przez ujście cewki błony śluzowej i odcięciu jej, operacya, jak widzimy, narażająca chorą na powstanie przetoki cewkowej, nie nadawała się do naszego przypadku.

Być może, że w przypadkach nieco od naszego odmiennych a przez Kleinwächtera jako *inversio mucosae cum prolapsu* opisanych, jak niemniej w przypadkach *urethrocele vaginalis*, zabieg ten oddaje bardzo dobre usługi, podobnie jak modyfikacya tej operacyi Kleinwächtera, ale stósować go tam, gdzie do celu dojść można krótszą, łatwiejszą i pewniejszą drogą, byłoby niewłaściwem. Również odcięcie wypadłej błony śluzowej termokauterem lub galwanokauterem, które wykonano dotąd 5 razy, musimy uważać za sposób gorszy od noża i szwu ze względu na duże blizny, jakie pozostają po tego rodzaju zabiegach.

Historyi choroby przypadków pęknięcia międzykrocza nie podajemy, jako mało zajmujących; uwagi zaś co do ich leczenia operacyjnego pomieścimy poniżej, mówiąc o kolporafiach. (Ciąg dalszy nastąpi).

[5]) Zeitschrift f. Geb. u. Gynak. 1891. XXII. 40.
[6]) Centralblatt f. Gyn. 1891 XV. s. 820.
[7]) Frommel: Jahresbuch 1891. s. 831.
[8]) Graefe: Centralblatt f. Gyn. 1892. s. 766.
[9]) Tritschler: Inaug. Diss. Tübingen 1891.
[10]) Eager. Trommel: Jahresbuch 1892. s. 688.
[11]) Hofmeier: Grundriss der gyn. Operationen, 1892. s. 85—86.
[12]) Emmet: Principien u. Praxis der Gynak. 1881. s. 487 i nast.

Patogeneza zapalenia otrzewny.

Przez

Dra Karola Kleckiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 1).

Zanim przystąpimy do prac z patologii otrzewny, przytoczę w krótkości ważniejsze dane, dotyczące własności fizyologicznych tej błony oraz zmiany, jakim własności te podlegają w stósunkach patologicznych.

Jedną z najważniejszych własności otrzewny jest jej zdolność wchłaniania. Wchłanianiu podlegają wprowadzone do jamy brzusznej ciała stałe, ciekłe i lotne. Ciała stałe zostają wchłaniane w całości tylko wówczas, gdy wielkość ich nie przekracza pewnych granic, odpowiadających mniej więcej wielkości otworów naczyń limfatycznych, znajdujących się na brzusznej powierzchni przepony. Gdy wielkość ciał stałych przekracza te granice, mogą one być wchłonięte całkowicie lub częściowo stosownie do ich rozpuszczalności w danem otoczeniu. Mechanizm wchłaniania z jamy brzusznej ciał stałych, nierozpuszczalnych z jednej strony, z drugiej zaś ciał ciekłych lub rozpuszczalnych oraz lotnych jest odmiennym. Ciała pierwszej kategoryi zostają wsysane z jamy brzusznej przeważnie drogą naczyń limfatycznych, z których przechodzą później do krwi; ciała zaś drugiej kategoryi przesiąkają wprost do krwi (*dyfuzya* i *osmoza* oraz filtracya) a nadto zostają także wchłaniane tą drogą, co i ciała kategoryi pierwszej. Jeszcze w r. 1863 Recklinghausen[7]) wykazał w swej klasycznej pracy, że istnieje bezpośrednia komunikacya między jamą brzuszną a naczyniami limfatycznemi powierzchownie przebiegającemi w środku ścięgnistym przepony po stronie brzusznej w postaci otworów między komórkami śródbłonkowemi, mniej więcej dwa razy większych od czerwonego ciałka krwi. Wprowadzając do jamy brzusznej królików mleko, cukier, błękit kobaltowy, tusz, żółtko z wodą, cynober, oliwę oraz odwłókniona krew bydlęcą wykazał ten badacz, że wchłanianie ciał, wprowadzonych do jamy otrzewnej w zawiesinie, odbywa się tą drogą; nadto wykazał on, że ciepłota otoczenia, odcięcie od narządu krążenia, zniesienie mechanicznego działania narządu oddechowego oraz nawet zupełne obumarcie tkanek nie wywierały żadnego wpływu na sprawę wsysania; jedynie wywierał na nią wpływ ruch wsysanej cieczy a mianowicie przyspieszał on wchłanianie cieczy drogą naczyń limfatycznych. Nie jest to jednak jedyna droga, którą ciała nierozpuszczalne dostają się do krwi. Każda prawidłowa jama brzuszna zawiera niewielką ilość płynu surowiczego, u królika najmniej 0,5 cm³), w którym znajdują się ciałka czerwone krwi oraz ciałka limfatyczne) Ranvier[8]). Te ostatnie, które z jednej strony przechodzą stale do jamy brzusznej, z drugiej zaś stale zostają wchłaniane, a posiadając własności fagocytów, służą jako przenośniki drobnych ciałek nierozpuszczalnych, wprowadzonych do jamy brzusznej (Ranvier[9])). Trudno jednakowoż zgodzić się na twierdzenie Cassaeta[10]), według którego ciała stałe wogóle z jamy brzusznej jedynie drogą fagocytozy mają być wsysane. Według Notkina[11]) ciała koloidalne oraz ciałka krwi zostają wsysane drogą naczyń limfatycznych, ciała zaś rozpuszczalne przechodzą z jamy brzusznej wprost do krwi. Beck[12]), który badał czas, w jakim ciała nierozpuszczalne, wprowadzone do jamy otrzewny, zostają wsysane przez ustrój, doszedł do wniosku, że resorpcya tych ciał następuje wyłącznie przez naczynia limfatyczne oraz że sprawa ta odbywa się bardzo powoli.

Jedna z najlepszych prac, tyczących się fizyologii jamy brzusznej, jest stanowczo praca Wegnera[13]), datująca się jeszcze z r. 1876. Znajdujemy w niej zupełne potwierdzenie wyników Recklinghausena co do resorpcyi z jamy brzusznej ciał stałych a nadto dokładne zbadanie wchłaniania ciał rozpuszczalnych pod względem ilościowym. Wegner wstrzykiwał do jamy brzusznej królików wodę, 1% roztwór soli kuchennej, sztuczną surowicę, roztwory soli obojętnych, klej; z licznych doświadczeń wypadło, że otrzewna królika wchłania wstrzyknięty płyn w ciągu godziny w ilości 3—8% wagi ciała danego zwierzęcia czyli zwierzę

[7]) v. Recklinghausen. Zur Fettresorption. Virch. Arch. T. XXVI. p. 172. 1863.
[8]) Ranvier. De l'origine des cellules du pus et du rôle de ces éléments dans les tissus enflammés. Comp. rend. T. CXII. Nr. 17. 1891.
[9]) Ranvier: Sur les éléments anatomiques de la serosité peritonéale. Comptes rendus T. CX. 1890. Nr. 15. p. 768—772.
[10]) Cassaet. Arch. de med. exp. et d'anat. pathol. (cyt. wedł. 11).
[11]) Notkin: Vorläufige Mittheilung über Experimente zur Lehre vom Ascites. Wien. klin. Woch. 1888. Nr. 34.
[12]) Beck: O resorpcyi ciał nierozpuszczalnych z jam surowiczych. *Przegląd lek.* 1893. Nr. 36—39.
[13]) Wegner: Chirurgische Bemerkungen über die Peritonealhoehle, mit besonderer Berücksichtigung der Ovariotomie. Langenbecks Arch. T. XX. zesz. 1. p. 51. 1876.

wchłania ilość płynu, odpowiadająca całkowitej wadze jego ciała w ciągu 3—11 godzin. Ilość wchłoniętego płynu zależy od ilości płynu wstrzykniętego: im więcej płynu do jamy brzusznej wprowadzono, tem silniejszą była jego resorpcya. Chloral, alkohol, sinek rtęci i inne trucizny zostają wchłaniane z otrzewny mniej więcej w ciągu takiego samego czasu, co i ze krwi. Ta ogromna szybkośc resorpcyi płynów z jamy brzusznej staje się jednak zupełnie zrozumiałą, jeśli sobie uprzytomnimy powierzchnię, jaką posiada błona otrzewna: powierzchnia ta prawie równa się powierzchni ciała, która u człowieka wynosi około 18000 cm². Według Wegnera ruch robaczkowy jelit wpływa korzystnie na resorpcyę; zmniejszenie tego ruchu, zwłaszcza zaś porażenie jelita, zboczenia w krążeniu, nagłe zmniejszenie się parcia w jamie brzusznej oraz słabe ruchy oddechowe, jak to bywa np. po narkozie chloroformowej, wpływają na sprawę resorpcyi niekorzystnie. Stosunkowo wolno zostaje wchłoniętem powietrze, wprowadzone do jamy brzusznej: po wydęciu jamy brzusznej królika powietrzem wprawdzie już na drugi dzień brzuch był miękki, lecz obwód brzucha powracał do normy dopiero na 3-ci dzień a przy sekcyi zwierząt, w tym czasie dokonywanej, znajdywał Wegner jeszcze resztki powietrza w jamie brzusznej. Z tego wynika, że sprawa wchłaniania z jamy brzusznej nie odbywa się jednostajnie, a że w początkowych okresach zostaje wsysanem więcej, aniżeli w okresach późniejszych. W doświadczeniach z wprowadzaniem powietrza do jamy brzusznej należy uwzględnić wysokie parcie, które początkowo wspiera resorpcyę a które z biegiem czasu obniża się stopniowo. Głównie zaś wchodzi tu w grę wrażliwość samej błony otrzewny, która to sprawia, że w pierwszych okresach wchłaniania sprawa ta postępuje znacznie szybciej, aniżeli w okresach późniejszych. Delbet[14]) doszedł do wniosku, że otrzewna wchłania płyny wogóle tylko w ciągu pierwszych 20—30 minut tak, że po półgodzinnem płukaniu, np. rozczynem soli można wstrzyknąć do jamy brzusznej zwierzęcia nawet strychninę bez wywołania doraźnych następstw tego zabiegu. Na tej samej zasadzie proponuje Treves[15]) w przypadkach zapalenia otrzewny płukać jamę brzuszną przez pewien czas rozczynem soli kuchennej a dopiero potem sublimatem.

Z pracy Dubara i Remyego[16]) wynika, że na wessanie 100 grm. rozczynu białka kurzego 1:6 — 12 potrzebuje otrzewna królika 21 — 36 godzin. Pod względem szybkości wsysania zachowuje się jednak otrzewna rozmaitych zwierząt rozmaicie, jak to wykazał Fubini[17]) w doświadczeniach nad wsysaniem amigdaliny i emulsyny z jamy brzusznej; gdy otrzewna myszy wsysała pewną ilość tych ciał w ciągu 4—6 godzin, otrzewna żaby wchłaniała odpowiednie ich ilości w ciągu 32 godzin.

W każdym razie siła resorpcyjna błony otrzewny jest bardzo znaczna, o wiele znaczniejsza od siły resorpcyjnej innych błon surowiczych, np. opłucny (Grawitz[18]).

Własności resorpcyjne otrzewny zapalonej nie są tak dokładnie zbadane, jak własności resorpcyjne tej błony w stanie prawidłowym, występuje tu bowiem szereg wpływów, działających równocześnie w sposób rozmaity, co oczywiście musi zaciemniać odnośne wyniki doświadczalne. Wpływy te są nam jednak już do pewnego stopnia znane i na tej zasadzie możemy sobie stworzyć obraz resorpcyi w zapaleniu otrzewny, odpowiadający w przybliżeniu rzeczywistości. Ciała stałe, które tu głównie wchodzą w grę, stanowią przedewszystkiem drobnoustroje oraz w przypadkach pęknięcia jelita stałe cząsteczki treści jelita. Nie ulega wątpliwości, że bakterye zostają wchłaniane drogą naczyń limfatycznych, których otwory znajdują się na brzusznej powierzchni środka ścięgnistego przepony. Okoliczność tę niejednokrotnie stwierdziło wielu badaczy. Ten sposób resorpcyi nie odbywa się jednak przez cały czas trwania choroby: według Notkina[19]) w zapaleniu otrzewny bujający śródbłonek zatyka otwory naczyń limfatycznych. Reichel[20]) sądzi, że zatkanie luk limfatycznych na brzusznej powierzchni środka ścięgnistego przepony zachodzi głównie w ropnem zapaleniu otrzewnej; w tej formie zapalenia otrzewny zatkanie otworów Recklinghausena byłoby więc wywołane nie przez bujanie komórek śródbłonkowych, lecz przez nagromadzenie się w naczyniach limfatycznych przepony ciałek ropnych oraz ich szczątków. A. Fraenkel[21]) zwraca również uwagę na tę okoliczność, że w zapaleniu otrzewnej przez zatkane luki limfatyczne bakterye z jamy brzuszny wchłonięte być nie mogą. Widzimy więc, że wchłanianie bakteryj drogą naczyń limfatycznych odbywa się w zapaleniu otrzewny tylko w początkowych okresach choroby. Gdy zatkają się luki Recklinghausena, gdy się wytworzą na powierzchni otrzewny złogi włóknikowe, które również utrudniają sprawę resorpcyi, musi ustać wchłanianie bakteryj drogą naczyń limfatycznych. Utrudnienie wchłaniania a nawet zupełne ustanie sprawy resorpcyi tą drogą w późniejszych okresach zapalenia otrzewny dotyczy oczywiście nietylko samych bakteryj, lecz tembardziej ciałek białych, zawierających bakterye (być może już unieszkodliwione) ciałek czerwonych krwi oraz drobinek stałych, przechodzących z treści jelita a przesiąkłych ciałami toksycznemi.

Rechlinghausen[22]) wprawdzie dostrzegł, że przy wchłanianiu kulek tłuszczowych drogą naczyń limfatycznych czasami sprawa ta postępuje szybciej w zapaleniu otrzewny, aniżeli w stanie prawidłowym tej błony; nie obserwował on jednak tego powiększenia się siły resorpcyjnej otrzewny stale a nie występowało ono zupełnie przy wchłanianiu ciał stałych, jakoto tuszu, cynobru itp. Jestto jedyne spostrzeżenie, przemawiające za tem, że w zapaleniu błony otrzewny resorpcya drogą naczyń limfatycznych może się powiększyć. Na zasadzie powyżej przytoczonych danych możemy jednak twierdzić śmiało, że takie wzmożenie się resorpcyi jest możliwem jedynie w początkowych okresach zapalenia otrzewny. Co się tyczy ciał płynnych i lotnych — wchłanianie ich już w prawidłowych stosunkach staje się w miarę postępu czasu coraz to słabszem wskutek pewnych zmian zachodzących w błonie otrzewny, które sprowadzają niejako zobojętnienie, czy wyczerpanie tej błony pod względem resorpcyjnym. W stosunkach patologicznych, prócz złogów włóknikowych wchodzą tu w grę jeszcze i inne poważne czynniki, upośledzające wchłanianie z jamy brzusznej; czynniki te stanowią według Wegnera[23]) zboczenia w krążeniu w otrzewnej oraz zmniejszenie ruchu w jamie brzusznej, tem bardziej więc porażenie jelita. Jeśli podczas zapalenia otrzewny występuje wzdęcie brzucha, sprawa wchłaniania wzmaga się dopóty, dopóki parcie w jamie brzusznej jest podniesione. Jak wiadomo, wzdęcie takie zazwyczaj długo się nie utrzymuje, wpływ jego na wchłanianie może więc być tylko przejściowym. Z powyżej przytoczonych danych wynika, że w zapaleniu otrzewny wchłanianie wszystkich ciał,

[14]) Delbet: Contribution au lavage du peritoine Gaz. des hôpitaux: 1889. Nr. 69. Ref. w Virch. Hirsch. J. B. 1889. II. p. 514.

[15]) Treves: Ueber Peritonitis, ihre Symptome und Therapie. Medical Society London. Lettsomian lectures. Ref. w Münch. med. Woch. 1894. Nr. 15, p. 299.

[16]) Dubar et Remy. Sur l'absorption par le peritoine. Journal de l'Anat. et de la Physiol. T. XVIII p. 60 i 342.
Ref. w Virch. Hirsch J. B. 1882. I p. 190.

[17]) Fubini: Velocitá bi assorbimento della cavita peritoneale. Osservazioni fatte coll'amygdalina e coll'emulsina. Arch. per le scienze med. T. XV Nr. 10 p. 149.
Resorptionsgeschwindigkeit der Peritonealhoehle. Molesch. Unter. z. Naturl. d. Mensch. u. d. Thiere. T. XIV. 5. p. 522.
Ref. w Virch. Hirsch, J. B. 1891, I, p. 202.

[18]) Grawitz: Beitraege zur Theorie der Eiterung. Virch. Arch. T. CXVI p. 110. 1889.

[19]) Notkin l. c.

[20]) Reichel l. c.

[21]) Fraenkel A. Ueber peritoneale Infection. Wiener klin. Woch. 1891. Nr. 13—15.

[22]) Rechlinghausen l. c.

[23]) Wagner l. c.

wogóle znajdujących się w jamie brzusznej, zachowuje się inaczej w początkowych okresach tego cierpienia, inaczej zaś w okresach późniejszych. (Ciąg dalszy nastąpi).

Chirurgia.

A. Bohdanowicz: **Przyczynek do patologii mięśnia pęcherzowego.**

W pracy tej, poświęconej Guyonowi i wykonanej w jego klinice, wziął sobie autor za zadanie zbadanie drobnowidowe zmian patologicznych mięśnia pęcherzowego, które tak często się zdarzają w rozlicznych cierpieniach tego narządu.

Przypominając stosunki prawidłowe, wylicza B. trzy warstwy mięśnia pęcherzowego: zewnętrzną z przebiegiem włókien podłużnym, środkową z poprzecznym i wewnętrzną z włóknami siatkowato ułożonemi *(la couche pleriforme)*. Ostatniej przypisuje jako zadanie główne, odpowiednie ułożenie błony śluzowej po wypróżnieniu pęcherza *(le plissement uniforme de cette muqueuse)*.

W dalszym ciągu zastanawia się nad wytworzeniem zagłębienia dna pęcherzowego poza trójkątem Lieutauda i tłómaczy to nieustannem ciążeniem zbierającego się moczu; sam trójkąt zaś jest oporniejszy, dzięki silniejszemu pokładowi mięśni, wzmocnionych włóknami, pochodzącemi od moczowodów, a nie — jak Charpy chciał — od zwieracza *(sphincter)*.

Po zaznaczeniu, że w późniejszym wieku nastają pewne zmiany w mięśniu pęcherza, któreby można nazwać prawie fizyologicznemi, przechodzi autor do rzeczywistych zmian patologicznych. Zwraca uwagę, że pierwotne takie zmiany są nadzwyczaj rzadkie, chociaż się zdarzają, a do nich zalicza: a) zwyrodnienie mięśnia pod wpływem ogólnej miażdżycy naczyń *(l'atherome généralisé)*, b) pod wpływem obrażeń układu nerwowego centralnego lub obwodowego.

Daleko częstszemi bywają zmiany następowe:

a) Przerost i zwyrodnienie mięśnia pęcherzowego wskutek utrudnionego oddawania moczu.

b) Zapalenie przechodzące na mięsień w zapaleniu błony śluzowej pęcherza przewlekłem.

Zmiany te mięśnia pęcherzowego badał B. mikroskopowo na więcej, niż 36 przypadkach kliniki Guyon'a, z których 27 bliżej opisuje. Nie miał on tylko sposobności zbadania zmian w mięśniu pęcherzowym, jakie występują w porażeniu pęcherza po obrażeniu rdzenia pacierzowego i — jak mu się zdaje — niema dotychczas wcale takich badań drobnowidowych.

Na szczególniejszą uwagę zasługują badania B. co do wpływu ogólnej miażdżycy naczyń na zwyrodnienie mięśnia pęcherzowego i stosunku do przerostu gruczołu krokowego *(prostata)*. Jak wiadomo, Francuzi pierwsi na to zwrócili uwagę a mianowicie Launois. Sprawa ta bardzo jest ważną dla chirurgów ze względu na operacye w przeroście gruczołu krokowego. Gdyby bowiem nie przerost sam przeszkadzał wydalaniu moczu, a przeciwnie w każdym przypadku zachodziły znaczne zmiany mięśnia pęcherzowego w postaci zwyrodnienia wskutek miażdżycy naczyń, w takim razie usunięcie przerosłych płatów gruczołu krokowego nie miałoby celu. Badania Bohdanowicza wykazują dowodnie, że jakkolwiek miażdżyca naczyń i zmiany ztąd pochodzące nie są bez wpływu na mięsień pęcherzowy, jednak nie znajdują się w każdym przypadku przerostu gruczołu krokowego w późniejszym wieku, ani nawet w przeważnej ich liczbie. To się też zgadza z doświadczeniem chirurgów po tych operacyach nabytem: nieraz miały one pożądany skutek, w innych razach wycięcie płata przerosłego pozostało bez skutku na oddawanie moczu; tutaj przypuścić należało jako jednę z przyczyn takie zmiany miażdżycowe w naczyniach i zwyrodnienie mięśnia. Badania te B. zgadzają się zupełnie z wynikami Kaspra; Launois przecenił częstość i doniosłość zmian miażdżycowych w naczyniach.

Pracę swą kończy Bohdanowicz następującymi wnioskami:

1. Nadmierna praca mięśnia pęcherza wywołuje zawsze przerost mięśnia i przerost ten w większości przypadków zdaje się, że jest przyczyną ogólnych objawów ze strony pęcherza, niezależnie od wywołującej go przyczyny.

2. Częstem następstwem przerostu mięśnia bywa zwyrodnienie włókniste i tłuszczowe ściany pęcherza.

3. Zgrubienie i przemiana włóknista błony podśluzowej są niezależne od zwyrodnienia pozostałych warstw pęcherza i stanowią tylko następstwo *cystitis*.

4. Wpływ bezpośredni zmian naczyniowych *(arteriosclerosis)* nie wystarcza sam przez się do wytłómaczenia patogenezy zwyrodnienia włóknistego pęcherza u prostatyków. W rzeczywistości niema wyraźnej różnicy histologicznej w przemianie włóknistej ściany pęcherza pomiędzy tymi przypadkami, gdzie niema zmian miażdżycowych a tymi, w których u prostatyków wyrażone są one wybitnie. Z drugiej znów strony może nie być miażdżycy naczyń w przypadkach przemiany włóknistej u osobników starszych; wreszcie można znaleść u chorych o wybitnej arteryosklerozie przerost gruczołu krokowego zupełnie bez zmian w mięśniu pęcherzowym. W obec tego istnienie jednoczesne u prostatyków zmian w naczyniach, pęcherzu i gruczole krokowym nie stanowi bynajmniej rzeczy koniecznej. *(Contribution à l'étude de la pathologie du muscle vésical. Thèse de la faculté de Paris. G. Steinheil).* *Prof. Rydygier.*

Choroby dzieci.

Sztuczne żywienie mlekiem krowiem.

Gdy przed kilku laty podał Soxhlet[1]) nowy, iście znakomity sposób wyjaławiania mleka, zdawało się, że sprawa sztucznego żywienia osesków posunęła się znacznie naprzód, że mleko krowie w odpowiedni sposób przyrządzone i wysterylizowane, będzie w stanie zastąpić mleko matki. Tymczasem okoliczność, którą potwierdzają wszyscy zajmujący się tym przedmiotem, że sztuczne żywienie w praktyce mimo wszystkich zabiegów często zawodzi, skłoniła badaczy do dalszych poszukiwań i do dalszych prób, skierowanych ku temu celowi, aby różnice istniejące między mlekiem kobiecem a krowiem wyrównać i dać dziecku pożywienie, które zbliżając się swym składem i własnościami do mleka kobiecego najlepiej odpowiada stósunkom jego trawienia.

Poszukiwania dalsze odnoszą się zatem do dokładnego zbadania stosunków tak bakteryologicznych jak i chemicznych.

Ścisłe badania bakteryologiczne Flüggego (1) nad wyjałowionem mlekiem wykazały, że wszystkie dotychczasowe sposoby sterylizowania są zupełnie niedostateczne. Również i postępowanie sposobem Soxhleta, jakkolwiek na pozór tak dokładne i chociaż posiada wielkie zalety, nie pozbawia mleka wszystkich bakteryj a przynajmniej ich zarodników. Flügge wykazał, że jednorazowa ciepłota 100 stopni w stosunkach, jakie podał Soxhlet, nie wystarcza, aby zabić pewne bakterye, które się znachodzą w mleku zawsze, lub przynajmniej często; wykazał dalej, że na bakterye te nie ma wpływu, czy ciepłota 100 stopni działa na mleko przez $^1/_4$, czy $^1/_2$ godziny.

Rozpatrując dalej biologię tych gatunków znalazł, że mogą one być anaerobami lub aerobami, wreszcie, że mają one własność rozkładania sernika i wytwarzania peptonów i toksyn; jadowitość ich stwierdzono na zwierzętach. Bakterye te rozwijać się mogą tylko w ciepłocie powyżej 26 stopni Réaum. a więc najłatwiej w lecie, podczas upałów letnich przy nieodpowiedniem przechowaniu lub przy nazbyt powolnem oziębianiu mleka, przedtem gotowanego. Flügge przypuszcza, że bakterye te dostają się do mleka w stajni;

[1]) Porównaj odczyt prof. Dra Jakubowskiego w Tow. lek. krak. *Przegląd lek.* Nr. 23. z 1892 r.

dlatego też dochodząc do praktycznych wniosków ze swej pracy radzi największą czystość w stajni, jak najszybsze zagotowanie mleka i szybkie ochłodzenie go w tem samem naczyniu. Zwraca uwagę, aby mleka po zagotowaniu do innego naczynia nie przelewać, nie przywiązuje zaś wielkiej wagi do obaw zanieczyszczenia mleka z powietrza, nie wymaga też hermetycznego zamknięcia naczyń po zagotowaniu, jak tego żąda Soxhlet.

To co Flügge wykazał w pracowni, to stara się Heubner (2) zastósować do praktyki. Na badaniach Flüggego oparł on swoje twierdzenie, że przyczyna nieudawania się sztucznego żywienia tkwi tylko w niedostatecznym, jak dotąd, sterylizowaniu mleka. W ten sposób odrzucił H. a przynajmniej na drugi plan usunął wszystkie inne przyczyny, głównie zaś przez Biederta uznawane, na różnicach chemicznych polegające. Jak wiadomo, Biedert podał jeszcze w r. 1868 różnice chemiczne, ilościowe i jakościowe między sernikiem mleka kobiecego a krowiego. Heubner stara się wykazać, że kliniczna obserwacya i badanie stolców dzieci sztucznie mlekiem żywionych różnicy tej nie potwierdzają a przytaczana przez Biederta trudna strawność mleka krowiego i pozostawanie szkodliwej reszty niestrawionej *(schädlicher Nahrungsrest)* uważać należy za skutek zmian w przewodzie pokarmowym a nie za przyczynę. Inna jest rzecz, że mleko krowie, gdy już raz się rozkłada jako zawierające dużo białka, daje dużo produktów w najwyższym stopniu trujących; są to jednak stósunki niefizyologiczne. Przyczyny więc złych wyników sztucznego żywienia szukać należy zdaniem H. w niedostatecznem wyjałowieniu mleka.

O niedokładności dotychczasowych sposobów sterylizowania jest przekonany, mimo to jednak dotychczas posługuje się sposobem Soxhleta, osiągnął zapomocą tego sposobu znacznie lepsze wyniki sztucznego żywienia i jest zdania, że przy zachowaniu ścisłem przepisów można w pewnej ilości przypadków uzyskać dobry rezultat.

Jako wyniki swojej pracy podaje: ścisłe sterylizowanie mleka, odpowiednio rozcieńczonego jak najprędzej po udojeniu w przyrządzie Soxhleta lub w naczyniu, które oziębić należy po $^{1}/_{4}$ godzinnem gotowaniu.

W obronie swoich dotychczasowych poglądów wystąpił wkrótce Biedert (3). Nie zaprzecza on wcale, że wyjałowienie mleka ma ogromne znaczenie w sztucznem żywieniu, stwierdza jednak, że są różnice chemiczne. Już dawno wykazał B., że stosunek białka do tłuszczu i cukru inny jest w mleku krowiem a inny w kobiecem; wykazał nadto, że między chemicznemi własnościami samego białka krowiego a kobiecego zachodzą także znaczne różnice. Obecnie powołuje się jeszcze na wykonane w swoim zakładzie doświadczenia i obliczenia pod względem fizyologicznego trawienia białka mleka krowiego.

Camerer obliczył, że ilość wprowadzonego białka mleka krowiego i ilość pozostałości i produktów jego zostają w takim stósunku do przybytku w organizmie, że przypuścić musimy, że pewna część białka tego zatraca się na sam akt trawienia, prawdopodobnie na pracę mięśni jelit i pracę gruczołów, że trawienie mleka krowiego skutkiem tego dłużej odbywać się musi a więc pozostaje więcej czasu na działanie bakteryj. Tłómaczenie to byłoby w najzupełniejszej zgodzie z objawami spostrzeganymi klinicznie. Zmiany najwybitniejsze spotykamy w jelicie grubem a więc tam, gdzie treść jelit jest już przeładowana bakteryami, tam, gdzie się znajduje niestrawiona reszta *(schädlicher Nahrungsrest)*.

Ale Biedert mówiąc o strawności białka powołuje się także na codzienne doświadczenie. Często widzimy dzieci karmione piersią, które mimo rozwolnienia, stolców zielonych zmięszanych ze śluzem doskonale się mają a na odwrót dzieci karmione mlekiem krowiem podupadają na odżywieniu dość często, chociaż stolce są na pozór prawidłowe. Przyczyny tego szukać musimy w tem, że mleko kobiece a głównie jego substancye białkowate trawią się i resorbują już w górnych częściach przewodu pokarmowego, sernik zaś mleka krowiego trawi się trudniej, powolniej i niedokładnie, pozostawiając resztę, w której rozwijają się bakterye.

W ten sposób stara się B. wykazać, że istnieją różnice w chemicznym składzie i mają doniosły wpływ na trawienie.

Dzielnego sprzymierzeńca znalazł B. w Wróblewskim (4). Ten uzyskał zapomocą dyalizatora własnego pomysłu chemicznie czysty sernik. Zaznaczyć należy, że właściwie dopiero on pierwszy operuje ciałem zupełnie czystem; dlatego też i wyniki, do których doszedł, mają doniosłe znaczenie. Poddawszy sernik mleka krowiego i kobiecego działaniu chemicznemu przekonał się Wróblewski, że sernik kobiecy i krowi są ciałami chemicznie różnemi, że zachodzą między niemi różnice w rozpuszczalności i formie osadzania się. Przy sztucznem trawieniu pepsynowem nie odszczepia się od sernika kobiecego żadne ciało nukleinowate, gdy sernik krowi wydziela paranukleinę.

Więcej praktyczne stanowisko zajmuje w swej pracy Baginsky (5). Wystąpił on w obronie metody Soxhleta.

Powołuje się w tym względzie na ogólnie przez lekarzy stwierdzone, lepsze wyniki po wprowadzeniu tego sposobu, na doświadczenie własne w swojej klinice, wreszcie na zmniejszenie się w ostatnich czasach procentu śmiertelności dzieci sztucznie żywionych.

Bądźcobądź myśl przeprowadzona przez Soxhleta, aby mleko bez przelewania z tego samego naczynia, w którem się sterylizowało, zostało spożyte, okazała się błogą w skutki, a jeśli w pewnym razie wynik żywienia nie jest pomyślny, to przyczyna tego nie tkwi w niedokładnem sterylizowaniu, ale we własnościach chemicznych białka mleka krowiego.

Baginsky twierdzi, że nawet najściślejsze, najdokładniejsze wysterylizowanie mleka nie zawsze chroni przewód pokarmowy od dostania się doń chorobotwórczych drobnoorganizmów. Wiemy przecież, że drogą do wprowadzenia do przewodu pokarmowego pewnych drobnoustrojów nie jest wyłącznie tylko pożywienie. Bakterye mogą się tam dostać w inny sposób, n. p. z otoczenia, powietrza i rozwijać, gdy znajdą odpowiednie stósunki. Stósunki te istnieją przy sztucznem żywieniu, bo trawienie mleka krowiego trwa dłużej, resorpcya jest powolniejsza, pokarmy dłużej zatrzymują się w przewodzie pokarmowym a wszystkie te okoliczności, które przedłużają jeszcze samą sprawę trawienia, stwarzają do rozwoju bakteryj jeszcze lepsze okoliczności.

Baginsky wykazał już poprzednio, że mleko sterylizowane zmienia znacznie swoje własności a mianowicie jego sernik sztucznie trawi się gorzej; nadto przy sztucznem trawieniu mleka sterylizowanego następuje rozkład składników organicznych zawierających fosfor, co dla trawienia i resorpcyi ma doniosłe znaczenie. Jeśli więc wykazano, że mleko sterylizowane trawi się trudniej, dłużej zalegać musi w przewodzie pokarm, to wynikałoby ztąd, że im troskliwiej mleko sterylizujemy, im usilniej staramy się o ścisłe jego wyjałowienie, tem lepsze stwarzamy stósunki do rozwoju bakteryj, które z zewnątrz dostają się do przewodu pokarmowego czyli że usiłowania nasze zwrócić należy nie tyle w tym kierunku, aby podać dziecku mleko idealnie wyjałowione, bo bakterye mogą i tak dostać się do niego w ciągu trawienia, ile aby uczynić je jak najłatwiej strawnem.

Zapatrywanie to Baginskiego zostało wkrótce zachwiane przez Bendixa (6). Przeprowadził on doświadczenia nad trawieniem fizyologicznem i resorpcyą mleka sterylizowanego i niesterylizowanego i na podstawie obliczeń przyszedł do wniosku, że niema żadnej różnicy w trawieniu i resorpcyi między mlekiem sterylizowanem a niesterylizowanem, że zupełnie obojętnem jest ze względu na strawność, czy podamy dziecku mleko sterylizowane czy niesterylizowane a wobec tego, że mleko może zawierać chorobotwórcze bakterye, radzi zawsze mleko sterylizować jak najdokładniej.

Badania te, przeprowadzone na dziecku $2^{1}/_{2}$ lat liczącem, wymagałyby jeszcze powtórzenia i stwierdzenia dla osesków, aby uzyskać mogły odpowiednie uwzględnienie.

Jak widzimy, w sprawie sztucznego żywienia nie brak zdań nie raz wprost przeciwne zapatrywania wyrażających, nie brak też niejasnych punktów; miejmy jednak nadzieję, że nam je najbliższa przyszłość wyjaśni.

1) Flügge: Die Aufgaben und Leistungen der Milchsterilisirung. *(Zeitschrift für Hygiene und Infectionskr.* Tom XVII.). 2) Heubner: Ueber Kuhmilch als Säuglingsernahrung. *(Berliner klin. Wochenschr.* Nr. 37 i 38). 3) Biedert: Ueber Kuhmilch, Milchsterilisirung und Kinderernährung. *(Ber. klin. Wochenschr.* Nr. 44). 4) Wróblewski: O serniku kobiecym; Różnice chemiczne pomiędzy mlekiem kobiecem a krowiem. *(Gazeta lek.* 36. 1894). 5) Baginsky: Sommerdiarrhoen, Kuhmilchernährung und Milchsterilisirung. *(Berl. klin. Wochenschr.* 43—44). 6) B. Bendix: Ueber die Verdaulichkeit der sterilisirten und nichtsterilisirten Milch. *(Jahrb. für Kinderhlkd.* XXVIII). *Dr. Jan Raczyński.*

Okulistyka.

Asmus: O lokalizacyi kawałków żelaza w gałce ocznej za pomocą igły magnetycznej.

Przed kilku laty podał Gallemaerts przyrząd, którym można było wykazać żelazo, znajdujące się w gałce ocznej a które za pośrednictwem urazu tamże się dostało; lecz przyrząd ten niezbyt czuły nie ziścił nadziei w nim pokładanych.

A. sporządził przyrząd (na tej samej zasadzie co Gallemaerts i Lamonts), którym można wykazać nietylko obecność żelaza w gałce ocznej, ale nawet oznaczyć bardzo dokładnie miejsce, w którem znajduje się odłamek.

Na długiej, nieskręconej nitce kokonowej wisi długa na 11 cm. cienka igła magnetyczna; w samym jej środku umieszczone jest małe zwierciadełko, takie, jak go powszechnie używa się do galwanometrów. Umieszczona jest igła razem z nitką w pudełku szklanem, końce zaś igły za pudełko wystające, mają osobną osłonkę z rurek szklanych, w których mogą niewielkie wahanie wykonywać. W odległości 3 metrów umieszczona jest luneta ze skalą; luneta służy do obserwowania drobnych odchyleń igły. Oko badane zbliża się, o ile można do rurki szklanej, w której jest igła magnetyczna umieszczona i uważa się na jej wahania.

A. przekonał się, że przyrząd ten jest tak czuły, iż wykazuje 0·5 miligrama żelaza znajdującego się w oku i stosownie do słabszych lub mocniejszych ruchów igły oznaczyć można dokładnie umiejscowienie odłamka żelaza. Czułość można zwiększyć, zrobiwszy z igły magnetycznej zwykłej astatyczną. Czy żelazo tkwi w soczewce, czy w ciałku szklanem, czy jest otoczone tkanką łączną, czy nie, nie wpływa zupełnie na dokładność przyrządu. Jeśli odchylenia igły są bardzo nieznaczne, można kawałek żelaza w oku tkwiący namagnetyzować, przykładając do gałki silny elektromagnes; po magnetyzowaniu przyrząd jest jeszcze pewniejszy. A. wykazywał swym przyrządem (syderoskopem) nie tylko żelazo w oku, ale i w innych częściach ciała w razach wątpliwych; w przypadkach wbicia np. igły do szycia w rękę lub nogę, gdzie zachodziło pytanie, czy odłamek jest w organizmie, czy nie, przyrząd nigdy nie zawiódł. Zastósowanie jego nader łatwe, przyrząd sam mały i nie skomplikowany. *(Arch. f. Augenheilk. Knapp.* 29. 2. 1894). *Dr. Brudzewski.*

Zapiski terapeutyczne.

7. P. Bruns: W sprawie narkozy eterowej (z kliniki chirurgicznej w Tybindze). Zdaje się, że sprawa narkozy eterowej, przebywszy tyle zmiennych losów, doszła w tej chwili znowu do punktu zwrotnego. Eter z początku jako pierwszy środek znieczulający przyjęty z entuzyazmem już po roku ustąpić musiał miejsca chloroformowi, który przez lat 40 panował prawie samowładnie w chirurgii i dopiero od kilku lat musiał dzielić swoją władzę z eterem, odkąd, osobliwie w Niemczech z inicyatywy Towarzystwa chirurgicznego, wykazano przez badanie zbiorowe, że do narkozy eter jest bezpieczniejszy od chloroformu.

Jakoż w obecnej chwili bardzo wielu chirurgów porzuciło stanowczo chloroform a przeszło do eteru, przekonawszy się o jego wyższości nad chloroformem. Są jednak i tacy, którzy spróbowawszy eteru a dostrzegłszy w swych doświadczeniach jego niekorzystne skutki uboczne, wrócili znów do chloroformu.

Owo niekorzystne działanie uboczne i następowe narkozy eterowej tyczy się wyłącznie skutków mocnego zadraźnienia błony śluzowej dróg oddechowych w postaci mianowicie nieżytu oskrzelowego i bronchopneumonii. Na te okoliczności zwrócili uwagę profesorowie Czerny i Mikulicz (por. Nr. 48. *Przeglądu lek.* z r. z.), z których pierwszy miał dwa przypadki śmierci z zapalenia płuc 8-go dnia po operacyi, drugi zaś spostrzegł również dwa przypadki zapalenia płuc, pomyślnie jednak zakończone. Poppert zebrał nawet z piśmiennictwa siedem przypadków, w których śmierć nastąpiła z obrzęku płuc *(oedema pulmonum)* w ciągu 32 godzin po narkozie i przyszedł na tej podstawie do wniosku, że wobec narkozy eter jest nawet dwa razy niebezpieczniejszym od chloroformu, bo gdy ten zabija podczas narkozy w stosunku 1 : 2647, tamten czyni to, lubo później dopiero, ale w stosunku już 1 : 1967.

W ten sposób byłaby sprawa między eterem a chloroformem rozstrzygnięta, oczywiście znów na korzyść chloroformu.

Ponieważ autor pierwszy z kliników niemieckich zaczął używać eteru do narkozy a następnie polecał go na podstawie prac dokonanych w swej klinice, przeto poczuwa się do obowiązku zabrania głosu w tej sprawie.

Przedewszystkiem trudna jest krytyka statystyki Popperta, ponieważ owe późne przypadki śmierci po narkozie eterowej nie są jasne pod względem swej przyczyny a z drugiej strony nie ulega wątpliwości, iż i po narkozie chloroformowej trafiają się przypadki śmierci, lubo ich przynajmniej dotychczas systematycznie nie zbierano.

Autor przyznaje, że zapalenie oskrzeli i płuc po narkozie eterem trzeba przeważnie kłaść na karb eteru, ale przecież nie można tu stosować bezwzględnie zasady *post hoc, ergo propter hoc*, ponieważ i po narkozie chloroformowej trafiają się przypadki zapalenia oskrzeli.

To nie ulega wątpliwości, że wdychanie eteru drażni do pewnego stopnia błonę śluzową dróg oddechowych i wywołuje zwiększenie się wydzielania śliny i śluzu, ale okoliczność, iż nieraz trafiają się po narkozie eterem jeden po drugim przypadki ciężkiego zapalenia oskrzeli, wskazuje, iż przyczyną tego nie tyle jest ilość eteru do narkozy spotrzebowanego, ile raczej jego przymioty.

Wiadomo, iż eter rozkłada się bardzo łatwo pod wpływem nie tylko światła, na co już farmakopea zwraca uwagę, ale i pod działaniem przystępu powietrza, o czem też farmakopea znów nic nie mówi. Rozkład ten odbywa się nawet za samym tylko przystępem powietrza, zgoła bez udziału światła, przyczem tworzy się alkohol winilowy i nadtlenek wodoru, t. j. eter utlenia się. Nadto zwraca uwagę Schönheimer, że eter kupny w zwykłej drodze handlowej zawiera aldehid, który wobec powietrza utlenia się, tworząc kwas octowy.

Otóż z tego wszystkiego wnosi autor, że eter w przystępie powietrza atmosferycznego utlenia się w sposób szkodliwy i że bezwątpienia połączenia w ten sposób powstałe mogą być właśnie przyczyną drażnienia błony śluzowej przy wdychaniu eteru.

Na dowód tego przytacza autor okoliczność z własnej obserwacyi, według której drażnienie dróg oddechowych w narkozie eterowej ustało, gdy zaczęto używać eteru przechowywanego w piwnicy we flaszkach po 300 cm.^{3} obejmujących i całkiem napełnionych a zaczęło znów występować, gdy używano eteru przechowanego bez tych ostrożności.

Farmakopea niemiecka nie podaje dotychczas chirurgowi dostatecznych sposobów uchronienia się od eteru rozłożonego, do inhalacyj w celu narkozy nieprzydatnego. Dlatego lekarz, żądając z apteki eteru, powinien wyraźnie nadmienić, iż go ma użyć do narkozy, potrzebuje zatem eteru jak najczystszego a przechowywać go w chłodnem miejscu, w ciemności, we flaszkach małych, całkowicie wypełnionych i szczelnie zamkniętych.

Używając takiego eteru baczyć należy, iżby resztek pozostałych po narkozie nie używać więcej do narkozy, lecz tylko zewnętrznie.

W ten sposób, spodziewa się autor, uniknie się szkodliwych skutków ubocznych narkozy eterem, który w ten sposób utrzyma swe zbawienne stanowisko w chirurgii. *(Berliner klin. Wchschft.* 17. Grudnia 1894).

8. König: Kwestya narkozy (z kliniki chirurgicznej w Getyndze). Kto nauczył się myśleć logicznie i fizyologicznie, ten przyzna, że środek, który pozbawia przytomności i czucia, może także tę nieprzytomność i utratę czucia uczynić stałemi czyli sprowadzić śmierć. Nie ma przeto wątpliwości, że szukać środka narkotycznego zupełnie nieszkodliwego znaczy tyle, co gonić za *perpetuum mobile.*

Opierając się przeto na doświadczeniu i statystyce, nie ma wątpliwości, że ze względu na nagłe pojawienie się groźnych przypadów, chloroform jest niebezpieczniejszy od eteru, działa bowiem bez porównania mocniej naprzód na serce a następnie na mięśnie oddechowe i zmusza operatora do ciągłej uwagi na narkozę, wskutek czego uwaga jego dzieli się na operacyę i na narkozę a mimo tego przecież i tak przyjść może do nagłej śmierci na stole operacyjnym.

Pod tym względem nie ma żadnej wątpliwości, że taka nagła śmierć w narkozie eterowej jest bez porównania rzedszą niż w narkozie chloroformowej, jakkolwiek nie można zaprzeczyć, że i eter prowadzić może do zapadu, kończącego się śmiercią.

Ztąd wypada, że

1) operator podczas narkozy eterowej może operować spokojniej a ztąd i śmielej niż podczas narkozy chloroformowej;

2) narkoza eterowa jest na stole operacyjnym bez porównania bezpieczniejszą niż narkoza chloroformowa a jakkolwiek dla operowanego jestto wszystko jedno, czy umrze w łóżku czy na stole operacyjnym, to dla operującego jest wszakże wielka w tej mierze różnica.

Na podstawie tych uwag nie trudno rozstrzygnąć, że eterowi należy się pierwszeństwo przed chloroformem; dlaczegoż przeto nasi poprzednicy tak rychło opuścili eter a przeszli do chloroformu? Oto po prostu dlatego, że chloroform w ogóle lepiej znieczula niż eter.

Nie ma żadnej wątpliwości, że przy należytej baczności i użyciu w razie potrzeby stosownych środków tudzież, jak rozumie się samo przez się, właściwem szczędzeniu środka usypiającego i chloroformem można działać całkiem bezpiecznie, ale to pewna, że są przypadki, w których eter do należytej narkozy nie wystarcza i mięśni nie zwalnia. Wprawdzie niekiedy pomaga wstrzyknięcie w takich razach podskórnie morfiny przed narkozą lub podczas niej, ale w przypadkach, w których i morfina zawodzi, nie pozostaje nic innego, jak do zakończenia operacyi użyć chloroformu, który w takich razach po eterze działa bardzo dobrze. Dzieje się to osobliwie przy długich operacyach w jamie brzusznej, gdzie napięcie mięśni operacyi bardzo przeszkadza.

Autor używa przeto do narkozy tak eteru jak i chloroformu, dając zazwyczaj eterowi pierwszeństwo z wyjątkiem operacyj na twarzy i operacyj u ludzi chorych na płuca i przechodząc do chloroformu, gdy eter okazuje się do narkozy niedostatecznym. *(Berliner klin. Wchschft.* 31. Grudnia 1894).

9. L. Hedderich: Ferrypiryna, nowy środek hemostatyczny (z kliniki ambulatoryjnej prof. Jurasza w Heidelbergu). Ferrypiryna jestto połaczenie półtorachlorku żelaza z antypiryną wzoru $Fe_2 Cl_6$, 3 $(C_{11} H_{12} N_2 O)$, stanowiące bardzo pulchny proszek, pięknej barwy pomarańczowoczerwonej, rozpuszczający się w wodzie zimnej barwą ciemnoczerwoną.

Ferrypiryna ma podobne do użycia w razie krwotoku wskazanie, co i półtorachlorek żelaza, od którego tem różni się korzystnie, iż nie działa żrąco na błonę śluzową nosa, którą przelotnie barwi na żółto, ściąga i nieco pozbawia czucia.

Ferrypiryny używa prof. Jurasz w swej klinice i praktyce prywatnej, podobnie jak półtorachlorku żelaza, napawając roztworem jej 18—20% pęczki waty i przykładając je do broczącej powierzchni. Ferrypiryny można użyć także i w proszku.

Prawdopodobnie da się użyć ferrypiryna wewnętrznie po $\frac{1}{2}$ grama w krwotokach żołądkowych a zewnętrznie w roztworze $1-1\frac{1}{2}\%$ przeciw wiewiórowi *(gonorrhoea).*

Ferrypiryne wyrabia fabryka w Höchst. *(Munchener med. Wchschft.* 1. Stycznia 1895).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne z dnia 5. Grudnia 1894.

Przewodniczący kol. Kwaśnicki. — Członków obecnych 26.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. przewodniczący oznajmia, że otrzymał zawiadomienie od przewodniczącego w komisyi przemysłowej, iż w łonie jej zaszły następujące zmiany: w miejsce doc. Grabowskiego, który opuścił Kraków na stałe, powołano prof. Bujwida, nadto przybrano członka nadzwyczajnego w osobie prof. Adametza.

3) Kol. Obaliński miał zapowiedziany odczyt p. t.: *Przyczynek do rozpoznawania i leczenia zapaleń chrząstki przyrostkowej panewki biodrowej.* Na podstawie dwóch przez się spostrzeganych i operowanych przypadków przedstawia mówca obraz chorobowy tego cierpienia, jego rozpoznanie i leczenie. Cierpienie to rzadkie; w literaturze znalazł mówca dotychczas 11-cie przypadków. Pierwszy dokładny opis zawdzięczać należy Bardenheuerowi, który przed kilku laty pokazywał takich chorych na zjeździe chirurgów niemieckich w Berlinie. Jako na jeden z najważniejszych sposobów rozpoznawczych w cierpieniach panewki stawu biodrowego, zwrócił Bardenheuer uwagę na badanie palcem przez kiszkę stolcową. W pierwszym swoim przypadku u chłopca 12-letniego mówca nie rozpoznał cierpienia i wziął to za zapalenie stawu biodrowego; dopiero podczas operacyi przekonał się o omyłce rozpoznania, gdyż siedliskiem cierpienia była kość miednicy po wewnętrznej stronie panewki biodrowej, gdzie nawet było znaczne zniszczenie i sekwestr. Dopiero po operacyi zaczął mówca szukać w literaturze i znalazł pracę Bardenheuera. Mając w pamięci podane przez niego dane rozpoznawcze w przypadku drugim tegoż cierpienia, mógł już mówca sprawę rozpoznać dobrze. Przypadek ten także leczony operacyjnie, znajduje się obecnie w okresie gojenia się, pierwszy zaś zupełnie już wyleczony mówca przedstawia.

Praca ta w całości drukowana będzie w *Gazecie lekarskiej* warszawskiej.

W dyskusyi wyraża zdziwienie kol. Kryński, że badanie *per rectum* jako jeden ze sposobów rozpoznawczych w cierpieniach panewki biodrowej tak dopiero niedawno został podany przez Bardenheuera. Sposób ten można znaleść wymieniony w podręcznikach a w klinice chirurgicznej krakowskiej, jak mówca zapamiętał, badanie palcem przez odbytnicę stosuje się stale jako jeden z ważnych sposobów rozpoznawczych we wszystkich przypadkach *coxitis.* W klinice chirurgicznej znajduje się obecnie w leczeniu przypadek analogiczny do przedstawionych przez kol. Obalińskiego. Dotyczy on mężczyzny 27-letniego, który przybył z objawami ropnego zapalenia stawu biodrowego, przy-

czem wysięk ropny znajdował się głównie na przedniej powierzchni uda i powyżej więzu Pouparta, na powierzchni wewnętrznej talerza biodrowego, opuszczając się ku miednicy małej. Rozpoznano zapalenie stawu z zajęciem tylnej ściany panewki biodrowej. Wobec znacznego zniszczenia kości wykonał prof. Rydygier resekcyą stawu, przyczem znaleziono znaczny sekwestr w kości miednicowej odpowiadającej tylnej ścianie panewki biodrowej; po wyjęciu sekwestru utworzył się znaczny otwór w panewce. Wobec daleko posuniętych zmian przypuszczać należy, iż ściana kostna panewki biodrowej była tu siedliskiem pierwotnem zapalenia, które ztąd dopiero przeszło na staw i główkę kości udowej. Chory obecnie w kilka tygodni po operacyi ma się zupełnie dobrze i zaczyna wstawać.

Kol. Bossowski zapewnia, iż w oddziale chirurgicznym prof. Obalińskiego bywa też stosowane badanie *per rectum* w *coxitis*, lecz zwrócił tu prof. Obaliński uwagę na znaczenie tego badania w przypadkach zapalenia panewki biodrowej.

Kol. Obaliński oświadcza w odpowiedzi, że praca Bardenheuera wyszła w roku 1890. i przedtem nigdzie nie spotykał podanego tego sposobu badania.

4) Kol. Kryński miał zapowiedziany wykład: *O mięsakach dolnego końca kości udowej,* przyczem okazał preparaty mikroskopowe i preparaty otrzymane z operacyj spostrzeganych przez siebie przypadków w klinice chirurgicznej. Rzadkie to cierpienie zasługuje na uwagę głównie ze względów rozpoznawczych. Mięsaki kości udowej zwykle punktem wyjścia mają okostnę; daleko rzadsze są te, które wychodzą ze szpiku kostnego i jeżeli znajdują się one w dolnej epifizie kości, to przedstawiają znaczne trudności dyagnostyczne w odróżnieniu od zapaleń stawu kolanowego. Dwa takie przypadki operowano przed 3-ma tygodniami w klinice chirurgicznej i to dziwnym zbiegiem jednego dnia. W pierwszym z nich u mężczyzny 36-letniego, znalazłszy obrzęk okolicy stawu kolanowego, wybitniejszy po stronie wewnętrznej o wyraźnych objawach chełbotania miękkiego (*pseudofluctuatio*), znaczną bolesność, prawie zupełne zniesienie ruchów czynnych, ograniczenie zaś biernych, nadto stłumienie wybitne w prawym wierzchołku płuca, rozpoznał mówca *gonitis tuberculosa*. Przystąpiono wobec wieku chorego i znacznego zniszczenia kości do resekcyi; po cięciu skórnem wylała się ciecz krwawa z kawałkami rozpadłej tkanki. Okazało się, że to nowotwór, który zajmuje cały kłykieć wewnętrzny kości udowej tak, iż pozostała z niego cienka warstwa okostny i chrząstka stawowa, na znacznej zaś przestrzeni brak i tego. Powierzchnia stawowa goleni zdrowa zupełnie. Zrobiono więc resekcyę dolnego końca uda, usunięto chrząstkę stawową goleni i złożono obie powierzchnie.

Drugi przypadek zupełnie analogiczny do tego pierwszego, tylko zniszczenie kości było obszerniejsze, zajmując cały dolny koniec kości udowej. Tu pouczeni pierwszą omyłką, badaliśmy ze szczególną skrupulatnością i rozpoznaliśmy rzecz dobrze: *neoplasma condylorum femoris.* Operacya jak w poprzednim przypadku: zupełna resekcya stawu. Przebieg pooperacyjny w obydwóch przypadkach dotychczas dobry. Badanie mikroskopowe okazało budowę mięsaka o mnóstwie komórek olbrzymich, wielojądrowych, jaką miewają mięsaki wychodzące ze szpiku kostnego (*sarcoma myelogenes*).

W dyskusyi zapytuje się kol. Obaliński o bóle, które w tych przypadkach występują stale i mają ważne znaczenie rozpoznawcze.

Kol. Kryński odpowiada, że w jednym z nich były one rzeczywiście, w drugim zaś chora leżąc spokojnie nie skarżyła się na nie, lecz i w zapaleniu gruźliczem stawu kolanowego bolesność bywa niekiedy dla chorego bardzo przykrą.

Na tem posiedzenie zakończono.

Sekretarz: *Dr. Leon Kryński.*

V. Sprawozdanie z czynności sekcyi okulistycznej VII. Zjazdu przyrodników i lekarzy we Lwowie od 23. do 26. Lipca 1894 r.

Napisał

Dr. Adam Szulisławski,

sekundaryusz oddziału ocznego szpitala powsz. we Lwowie.

Prymaryusz Dr. Machek otwiera pierwsze posiedzenie i jako gospodarz sekcyi okulistycznej wita obecnych imieniem komitetu gospodarczego. Oświadcza, że we Lwowie po raz pierwszy zawiązała się na zjeździe osobna sekcya okulistyczna, tym razem bardzo liczna, jeżeli się ma na względzie geograficzne położenie Lwowa. Dowodzi to, że myśl wspólnej, zbiorowej pracy coraz więcej zyskuje zwolenników a potrzeba osobistego poznania i koleżeńskiego zetknięcia staje się coraz żywszą. Dalej podaje do wiadomości, że prof. Dr. Gałęzowski, zaproszony na Zjazd na 21. w dniu tym stawił się we Lwowie. Ponieważ atoli Zjazd, z przyczyn od komitetu niezależnych, na 23-go został odłożony a prof. Gałęzowski z powodów rodzinnych pobytu swego we Lwowie przedłużyć nie mógł, musiał przeto przed otwarciem Zjazdu Lwów opuścić.

Przewodniczącym pierwszego posiedzenia wybrano jednogłośnie Dra Kramsztyka z Warszawy; na następnych przewodniczyli kolejno: Doc. Dr. Sroczyński z Krakowa, Dr. Kamocki z Warszawy, Dr. Hłasko z Wilna. Na sekretarza powołano Dra Szulisławskiego ze Lwowa.

Prym. Dr. Emanuel Machek (we Lwowie): Statystyka jaglicy w Galicyi i W. Ks. Krakowskiem, według dat urzędowych.

Celem skutecznego zwalczania jaglicy, choroby zaraźliwej, występującej u nas często epidemicznie, potrzebną jest dokładna znajomość miejscowości, w których się w większej ilości pojawia i dróg, któremi się po kraju rozchodzi. Odnośne wiadomości statystyczne mogłyby nas objaśnić o stósunkach geograficznych i społecznych, które sprzyjają coraz częstszemu pojawianiu się tej choroby. Jednakże zebrać statystykę jaglicy jest daleko trudniej, niż innych chorób zakaźnych. Powody powszechnie są znane. Chorzy na jaglicę przenoszą się z miejsca na miejsce, przez długi czas mogą pracować i zarabiać, w zaraźliwość choroby najczęściej nie wierzą, do lekarzy wyjątkowo tylko zgłaszają się w początkowych okresach, leczeniu drażniącymi środkami wcale nierzadko wszystkie dalsze skutki choroby przypisują, peryodyczne badania lekarzy powiatowych i okręgowych udaremniają, starając się ile możności ukryć. Nietylko lud wiejski, ale przeważna część mieszczaństwa zgłasza się o pomoc dopiero wtenczas, kiedy skutkiem powikłań, wrzodów, łuszczki, staje się niezdolną do pracy. Przed kilkoma laty zapytywała się prelegenta galicyjska rada zdrowia, jako znawcę, czyby nie można z urzędu zobowiązać lekarzy do podawania chorych dotkniętych jaglicą u władzy sanitarnej. Zapytany sprzeciwił się przymusowi zgłaszania, gdyż nie można żądać, aby lekarz chorych, których do niego osobiste zaufanie sprowadza, narażał na przykrości, wymieniając ich nazwiska, wreszcie ze względu, że przy pewnych ostrożnościach można zapobiec udzielaniu się choroby drugim. Brak tedy tych ważnych motywów, któreby kazały lekarzowi zapomnieć o interesach i korzyściach jednostek dla ogólnego dobra publicznego.

Pomimo to, że zebranie dokładniejszych dat statystycznych jest wielce utrudnione, nie radzi składać broni. Zebrane przez autora daty, dają zdaniem jego, nawet dość do prawdy zbliżony obraz geograficznego rozmieszczenia tej choroby w Galicyi.

Autor rozbiera naprzód krytycznie materyał, z którego czerpał daty. Przejrzał sprawozdania z zakładów okulistycznych, t. j. kliniki i trzech szpitalnych oddziałów ocznych, ze szpitali prowincyonalnych i szpitali wojskowych. Daleko

cenniejsze są daty z aktów namiestnictwa, odnoszące się do epidemicznego pojawiania się jaglicy w kraju, do ilości chorych na jaglicę pozostających w ewidencyi lekarzy powiatowych, dotyczące poborów wojskowych, wreszcie wykazy urlopowanych z powodu jaglicy z wojska, stojącego załogą w różnych miastach Galicyi, do miejsca stałego zamieszkania. Daty z klinik i z zakładów ogłaszane od czasu do czasu dorywczo, bez planu z góry obmyślanego, służyły przeważnie do kontroli dat urzędowych. Najdokładniejsze są wykazy dotyczące poboru wojskowego. Podają one ilość niezdolnych do wojska z powodu samej tylko jaglicy, ilość niezdolnych z powodu jaglicy i innych jeszcze cierpień i ułomności, wykazują, ile razy napotkano ostrą a ile razy przewlekłą formę jaglicy, dalej jak często występowały powikłania ze strony rogówki, łuszczka lub wrzody rogówkowe, wreszcie uwidoczniają, czy w rodzinie popisowego jest ktoś chory na oczy, czy nie. Komisye poborowe spełniają swoją czynność mniej więcej w tym samym czasie, sprawdzają tożsamość osoby, urzędują w granicach powiatu. Ponieważ wykazy podają liczby dotkniętych jaglicą według powiatów a stawienie się do poboru w innym powiecie jest bądź co bądź tylko wyjątkiem, przeto stanowią one najcenniejszy materyał do zbadania geograficznego rozmieszczenia tej choroby w kraju. Gdyby tak samo, jak popisowych można wszystkich mieszkańców zbadać w mieście powiatowem, mielibyśmy najidealniejszą statystykę i geografię jaglicy. Popisowi stanowią czterdziestą część całej ludności. W r. 1892 było w Galicyi w trzech pierwszych klasach 161.656, z tych się stawiło 145.877 a oprócz tego z innych wyższych klas 1.424. Razem tedy badano w tym roku pod względem jaglicy 147.301 ludzi, w powiatach ich stałego zamieszkania. Są to bardzo poważne cyfry a wartość ich tem większa, że są z wzorową prowadzone ścisłością i obejmują szereg lat.

Z tablic i wykazów, które mieszczą tysiące pozycyj, wyjmujemy niektóre daty. W r. 1890 i 1891 nie przyjęto do służby wojskowej z powodu jaglicy razem 1950 ludzi. Średnio nie przyjęto rocznie w powiecie trembowelskim 54·6 (liczy 71.000 mieszkańców), w drohobyckim 49.0, w mościckim 32·5, w samborskim 30·3, w borszczowskim i bobreckim 27·5, w husiatyńskim 26·5, w tarnopolskim 24·6, w rzeszowskim 24·0, w rudczańskim i w czortkowskim 22·0, w rohatyńskim 21·0, w żydaczowskim 20.6 i w brzeżańskim 20.0. Dalej następują po sobie według średniej rocznej niezdolnych do wojskowej służby z powodu jaglicy powiaty: buczacki (19·5), jaworowski, gorlicki (18·0), gródecki, kołomyjski, zbarazki (17·0), cieszanowski, nadworniański, myślenicki (16·0), stanisławowski, skałacki, podhajecki, nowosądecki, lwowski, zaleszczycki, bocheński, miasto Lwów (11·5), kamionecki, kossowski, wadowicki, niski, śniatyński, horodeński, żółkiewski, łańcucki, tłumacki, przemyślański, przemyski, bohorodczański, doliński, stryjski, dąbrowski, chrzanowski, brodzki, tarnowski, turski, rawski, liski, brzeski, wielicki, ropczycki, staromiejski, mielecki, kałuski, sokalski, krośnieński, dobromilski, krakowski, sanocki, żywiecki, grybowski, limanowski, bialski, miasto Kraków, jasielski, pilzneński, tarnobrzeski, brzozowski. W jedynym powiecie nowotarskim ani jeden z popisowych nie cierpiał na jaglicę.

Z bezwzględnej ilości przypadków, napotkanych u popisowych w jednym powiecie, obliczono, ile przypadków jaglicy przypada na 100.000 mieszkańców tego powiatu. W powiecie bobreckim n. p. zdarza się rocznie średnio 27.5 przypadków jaglicy u popisowych. Powiat ma 70·000 mieszkańców. Na 100.000 m. przypadałoby tedy średnio 39.2. W tarnopolskim (120.000 m.) średnio 24·6; przeto na 100.000 tylko 20·5. A więc w bobreckim mniej więcej dwa razy tak często. Zabarwiając na mapie powiaty tem ciemniej, im częstsze są przypadki jaglicy u popisowych względnie do 100.000 m., uwidoczniano graficznie geograficzne rozmieszczenie tej choroby w kraju. Mapa z największą dokładnością przedstawia istotny stan rzeczy odnośnie do popisowych.

Powiat nowotarski jest biały. W górzystej części Galicyi od Żywca po Kossów i w zachodniej Galicyi, od Chrzanowa aż po Ropczyce i Mielec jest jaglica rzadszą. Nieco ciemniej przedstawiają się wzdłuż pasa gór karpackich, powiaty: sądecki, gorlicki na zachodzie, kołomyjski i nadworniański na wschodzie. Właściwą siedzibą jaglicy jest północno-wschodnie płaskowzgórze galicyjskie. Obszar, w którym najczęściej ją wykazano, odgranicza na zachód powiat kolbuszowski i rzeszowski; na północ jarosławski, mościski, samborski, drohobycki, żydaczowski, podhajecki, buczacki i zaleszczycki; na zachód borszczowski, śniatyński, skałacki i zbaraski. W północnej części wschodniej Galicyi, jest jaglica rzadszą. Najczęstszą jest w trembowelskim i drohobyckim.

W dalszym toku rzeczy, stara się autor wykazać, o ile wyniki co do rozmieszczenia jaglicy, jak je uzmysławia podane przedstawienie graficzne, dadzą się przenieść na całą ludność Galicyi. Służy ku temu większa ilość wykazów porównawczych, szematów i tablic statystycznych, które dowodzą, że uogólnienie na całą ludność Galicyi jest możliwe i zupełnie uzasadnione. Streszczenie tych dat musiałoby urość do zbyt wielkich rozmiarów; przytaczamy przeto tylko przykład. Powiat drohobycki liczy 118.000 m. Średnia roczna niezdolnych z powodu jaglicy do wojska 49. Ponieważ rocznie średnio stawia się 2,700 ludzi, czyni to 1,81% niezdolnych z powodu tej choroby. Wysokość odsetki jest zastraszająca. Z tego wnosić trzeba, że w tym powiecie muszą być bardzo częste przypadki jaglicy. Sprawdzamy rzecz w wykazach. Pokazuje się, że średnio rocznie w 14 przypadkach można było wykazać jaglicę w rodzinach popisowych (t. j. 28% przypadków, w których rzeczy dochodzono). Wykaz leczonych na jaglicę w oddziale stałym kraj. szpitala we Lwowie stwierdza, że średnio rocznie leczono z tego powiatu 12 ciężkich przypadków jaglicy, powikłanej z wrzodami, które przebiły rogówkę. Lekkich przypadków do oddziału się nie przyjmuje. Sprawozdanie lekarza powiatowego o epidemicznem wystąpieniu jaglicy z r. 1891 donosi, że w gminie Königsau (675 m.) 175 ludzi cierpiało na jaglicę, a lekarz dodaje w raporcie swym, że dopiero połowę mieszkańców zbadał. W ewidencyi lekarza powiatowego pozostawało w ostatnich 3 latach od 144—374 chorych kwartalnie. W okręgu uzupełniającym 77. pułku (Sambor-Drohobycz) na 1000 badanych przy poborach nie przyjęto do wojska z powodu jaglicy 13.5 (Militarisch-stat. Bericht 1892). Średnio zaś wypada na okręg korpusu przemyskiego 6,3. Zrozumieć przyczyny tego nie trudno. Powiat jest handlowy, odsetka Żydów 19.80, kopalnie wosku ziemnego w Borysławiu, tamże tysiące ubogich robotników, destylarnie nafty, wyrób parafiny, przedsiębiorstw produkcyi oleju skalnego na większą skalę jest w powiecie 32, fabryki

wyrobu świec parafinowych, kolej transwersalna z odnogą do Borysławia, ludność mieszka w większych wsiach (Borysław 11.000 m., prócz tego 9 wsi powyżej 2000 m.). Drugim powiatem, tak bogatym w produkcyą oleju skalnego, jest gorlicki. W tym powiecie jest także najczęstszą jaglica ze wszystkich powiatów zachodniej Galicyi. Średnia niezdolność do wojska jest 18 rocznie.

Opierając się na wywodach, których przykład przytoczyliśmy, wykazuje autor, że jakkolwiek rozszerzenie jaglicy zależy od wielu przypadkowych okoliczności, przecież można stwierdzić pewne stosunki sprzyjające częstszemu pojawianiu się tej choroby i odwrotnie. Podajemy w krótkości wyniki:

1) W górzystych okolicach jest jaglica rzadszą, na równinach częstszą. Wysoko położony powiat nowotarski (Zakopane 3000 n. p. m.), jest wolny. Wzdłuż gór karpackich jest jaglica rzedszą, toż samo w górzystych powiatach zachodniej Galicyi; najczęstszą zaś na równinach wschodniej połowy kraju.

2) Zachodzi bardzo znaczna różnica co do ilości przypadków jaglicy pomiędzy zachodnią Galicyą zamieszkałą przez Polaków a wschodnią, zamieszkałą po wsiach przeważnie przez Rusinów, na niekorzyść wschodniej połowy kraju (od Rzeszowa). Przyczyny należy szukać w tem, że zachodnia część kraju jest więcej górzysta, zamieszkałą przez ludność polską, względnie dbalszą o zdrowie i żyjącą bądź co bądź w więcej europejskich stosunkach, niż ludność wschodnia, gdzie np. jeszcze bardzo często są chaty bez kominów. Na zachodzie jest większa ilość lekarzy, do których się udają chorzy w ostrym okresie, najbardziej zaraźliwym. We wschodniej części kraju w tych powiatach, w których jaglica jest częstszą, wypada średnio jeden lekarz na 25000 m., w tłumackiem zaś nawet jeden na 80000 (r. 1889).

Dalej wpływają w stosunkach zresztą równych na częstsze pojawianie się jaglicy:

3) Wyższa odsetka Żydów (jest ich daleko więcej we wschodniej połowie kraju).

4) Gęstość zaludnienia, t. j. średnia mieszkańców w powiecie na 1 klm. □.

5) Ogniska przemysłowe, kopalnie, fabryki, tartaki, gęstość dróg handlowych i sieci kolejowych.

6) Im wreszcie więcej w powiecie jest osad ze znaczniejszą ilością mieszkańców, a więc miast i miasteczek i większych wsi, tem częstszą jest jaglica. Uderza to w drohobyckim (9 wsi), w borszczowskim (8 wsi), w nadworniańskim (3 miasteczka i 8 wsi) w kossowskim (3 m. i 9 wsi), wszystkie ponad 2000 mieszkańców.

Im bardziej się rozpatrujemy w naszej mapie przedstawiającej geograficzne rozmieszczenie jaglicy u popisowych, tem więcej nasuwa się szczegółów, które dowodzą, że powyżej przytoczone okoliczności stanowczo wpływają na rozszerzenie się tej choroby. Naturalnie, że zawsze odróżniać należy między wschodnią a zachodnią częścią kraju. Wyjątki, które się znalazły, przy bliższem rozpatrzeniu okazały się jako pozorne, znachodząc swoje wytłómaczenie. Przytoczymy tu przykład: Powiat brodzki, 130000 m., na równinie położony, odsetka Żydów 21,66, najwyższa, jaką w Galicyi napotykamy. Zdawałoby się, że jaglica w powiecie powinna być bardzo częstą, zdanie dotąd rozpowszechnione. Tymczasem średnia roczna niezdolnych do wojska z powodu jaglicy wynosi tylko 5,3. Przyczyny: Jeden z największych powiatów ciągnie się bardzo długim, wąskim pasem wzdłuż granicy od powiatu kamioneckiego aż po zbaraski. Kolej przecina go w najwęższem miejscu i przebiega powiatem zaledwie kilkanaście klm. Uczęszczanych dróg handlowych, któreby prowadziły przez powiat, nie ma z powodu położenia na granicy, brak również większych zakładów przemysłowych, któreby zgromadzały większą ilość robotników. Żydzi mieszkają skupieni w gminach miejskich, stanowiąc 54.34% ludności miast, w gminach wiejskich razem z obszarami dworskimi mieszka tylko 5%. Na 1 klm. □ przypada tylko 59 mieszkańców (średnio w Galicyi 76). Inny przykład: wzdłuż powiatu stryjskiego przebiega kolej na obszarze wielu mil od granic powiatu żydaczowskiego aż po granicę węgierską. Odsetka Żydów 13.90. To są okoliczności sprzyjające rozszerzeniu jaglicy. Średnia roczna niezdolnych do wojska z powodu jaglicy: 6,0, gdyż na obniżenie ilości przypadków wpływa górskie położenie powiatu i bardzo rzadkie zaludnienie (na 1 klm. □ tylko 36 mieszkańców). Słabiej zaludnionym jest w Galicyi jeszcze tylko powiat nadworniański (31 mieszk.) Ludność mieszka przeważnie w małych osadach.

(Dokończenie nastąpi).

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 10. Stycznia 1895.

— Towarzystwo lekarskie warszawskie na posiedzeniu, odbytem w dniu 2. b. m., wybrało prezesem prof. Dra Ignacego Baranowskiego, wiceprezesem Dra Alfreda Sokołowskiego (obu ponownie), sekretarzem dorocznym Dra Karola Rychlińskiego.

— W Zakładzie higienicznym Uniwersytetu Jagiellońskiego wyrobił już prof. Bujwid antytoksynę przeciwbłoniczą o dosyć znacznej sile immunizującej. O ile można sądzić z otrzymanych na zwierzętach wyników, surowica za parę tygodni zdatną będzie do celów leczniczych i wszystkie szpitale krajowe otrzymać ją będą mogły, jakkolwiek z początku w nieznacznej jeszcze ilości.

— W mającem wychodzić nowo piśmie *Monatschrift für Geburtshilfe und Gynaekologie* objął Dr. F. Neugebauer w Warszawie (Leszno 33) referat z prac polskich w zakresie położnictwa i ginekologii.

— Pierwszy kongres lekarski wschodnioindyjski rozpoczął swe czynności w dniu 24. z. m. i r. w Kalkucie przy udziale więcej, niż 500 lekarzy z Indyj angielskich. Pierwszemu posiedzeniu przewodniczył wicekról, który też wypowiedział mowę inauguracyjną, poczem Harvey, jeneralny inspektor szpitali bengalskich, miał odczyt o postępach higieny publicznej w Hindostanie, w którym wszystkie większe miasta już są zaopatrzone w dobrą wodę. Jaki zaś wpływ reformy higieniczne miały na zdrowie publiczne w tym kraju, świadczy okoliczność, iż gdy przed 20 laty śmiertelność w wojsku angielskiem wynosiła 69‰, obecnie zeszła tylko do 15‰.

— Według przybliżonego oczywiście obliczenia, stan 130 do 140 koni wystarczy dla zakładu pasteurowskiego w Paryżu, ażeby zaopatrzyć całą Francyą w potrzebną ilość surowicy przeciwbłoniczej a koszt ztąd wynikający wyniesie rocznie, o ile go można teraz obrachować, koło 180000 franków, do których przykładać się będzie państwo kwotą 80000 franków, za co będzie otrzymywać bezpłatnie surowicę leczniczą dla zakładów dobroczynnych i szpitali, gdy brakującą resztę pokrywać ma sprzedaż surowicy osobom prywatnym a prawdopodobnie i udział miast i departamentów w ten sposób, iż będą przyczyniały się do utrzymania w zakładzie pewnej liczby koni dla swego użytku. Koszt utrzymania jednego konia wyniesie rocznie koło 1000 franków, które płacąc, otrzymywać się będzie miesięcznie ilość surowicy potrzebną na 150 wstrzyknięć po 20 cm^3, czyli miesięcznie po 3 litry surowicy od konia. Departament Bouches-du-Rhône pierwszy wszedł w podobną ugodę z zakładem pasteurowskim w Paryżu i utrzymywać będzie sześć koni dla korzyści swych chorych.

— *British Institute of Preventive Medicine* będzie, od 15. b. m. począwszy, dostarczać surowicy przeciwbłoniczej dziennie na 150 'a od

1. Lutego nawet na 250 wstrzyknięć, po $1\frac{1}{2}$ marki niemieckiej (czyli po 92 centy = 71 kopiejek) za dwa wstrzyknięcia a później najprawdopodobniej jeszcze taniej. Cena ta jest znacznie niższą od cen żądanych za surowicę Behringa wyrabianą w Höchst.

— Z inicyatywy Cesarza niemieckiego zebrał się w Berlinie pod przewodnictwem ministra stanu Delbrücka komitet w celu wystawienia pomnika Helmholtzowi.

— Kolekta, otworzona przez paryski dziennik polityczny *Figaro* na surowicę przeciwbłoniczą, przyniosła dotychczas 611,674 franków.

— Przygotowania do międzynarodowego kongresu lekarskiego, odbyć się mającego w Moskwie w r. 1897, już się rozpoczęły. Komitet organizacyjny, złożony ze wszystkich profesorów Wydziału lekarskiego uniwersytetu moskiewskiego pod przewodnictwem kuratora tamtejszego okręgu naukowego, hr. Kapnista, wyznaczył ze swego grona osobną komisyę wykonawczą pod sterem profesora anatomii patologicznej, Dra Kleina, obecnie dziekana Wydziału lekarskiego.

— W Kijowie utworzyło się z inicyatywy profesorów klinicznych Towarzystwo do zwalczania chorób zakaźnych i postanowiło rozpocząć swe czynności od nabywania i rozdawania surowicy przeciwbłoniczej.

— **Artykuły oryginalne** w polskich pismach peryodycznych lekarskich: w *Gazecie lekarskiej* Nrze 1. z r. b.: A. Obaliński. Przyczynek do rozpoznawania i leczenia zapaleń w linii przyrostkowej panewki biodrowej. J. Czajkowski. Zapalenie płuc komórkowe pod względem etyologicznym i anatomicznym. W. Wągrowski. Zupełne przerwanie dwunastnicy w skutek urazu bez naruszenia powłok. W *Medycynie* Nrze 1. z r. b.: J. Rogowicz. Przypadek całkowitego przewlekłego wynicowania macicy (*Inversio uteri completa chronica*). H. Higier. O tak zwanym ostrym ograniczonym obrzęku skóry. J. Rosenberg. Przypadek szczególnego zaburzenia nerwowego, powstałego po cholerze azyatyckiej.

— **Konkurs.** Wydział powiatowy w Turce rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego w Boryni. Pensya 500 złr. i 400 ryczałtu na objazdy. Podania do 31. Stycznia b. r.

Redakcya otrzymała:

Ludomił Korczyński: O chorobie Basedowa. (Z rozpraw z zakresu medycyny praktycznej, wydawanych przez Wydawnictwo dzieł lekarskich w Krakowie).

Józef Goldbaum: Przypadek niezwykłych wahań w wydzielaniu soku żołądkowego i w mechanizmie żołądka. (Odbitka z *Gazety lekarskiej*).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 16. Stycznia b. r. o godzinie 6-tej wieczorem w sali Śniadeckich *Collegium novum*: Dalszy ciąg posiedzenia administracyjnego.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

DO NABYCIA

we wszystkich księgarniach

następujące dzieła wydane z zapomogi kasy pomocy

dla osób pracujących na polu naukowem

lub ofiarowane na rzecz kasy.

DZIEŁA LEKARSKIE.

Juliusz Cohnheim. **Odczyty z patologii ogólnej.** Podręcznik dla lekarzy i studentów. Przekład z drugiego przerobionego wydania, z 1882 roku. Warszawa, 1884. w 8-ce. Tom I. str. VIII, 607; Tom II. str. V, 262; Tom III. str. V, 330, 20. — Cena rs. 5.

S. Jaccoud. **Wykład patologii szczegółowej.** Przekład z 7-go wydania francuskiego z 1883 r. Dzieło ozdobione drzeworytami i tablicami chromolitograficznemi. Warszawa, 1884. w 8-ce. Tom I. str. 931; Tom II. str. 984; Tom III. str. 961. — Cena rs. 2.

A. Baginsky. **Wykład chorób dzieci.** Podręcznik dla lekarzy i studentów. Przekład z wydania niemieckiego z roku 1883 dokonany przez Dra Wiktoryna Kosmowskiego. Warszawa, 1886. Tom I. w 8-ce, str. VIII, 279; Tom II. 1886, str. 272; Tom III. 1887, str. 272. Cena rs. 1.

H. Haeser. **Historya medycyny.** Przekład trzeciego wydania dzieła: **Lehrbuch der Geschichte der Medicin** dokonany przez prof. Dra H. Łuczkiewicza. Tom II. Dzieje medycyny nowożytnej. Warszawa, 1886. w 8-ce, str. 1092. — Cena rs. 5.

Toż samo dla b. prenumeratorów Biblioteki umiejętności lekarskich, od ark. 68. (str. 737 do 1062). — Cena z przesyłką rs. 2. — Arkusze poprzednie zniszczone i zagubione, księgarnia E. Wendego i Spółki uzupełnia bezpłatnie.

(NB. Tom pierwszy powyższego dzieła, obejmujący medycynę wieków starożytnych i średnich, wydany w roku 1876. w Bibl. umiej. lekarskich, str. 336 i II. znajduje się w handlu księgarskim po rs. 1).

A. Korneliusz Cels. **O lecznictwie ksiąg ośmioro.** (A. Corn. Celsi: De medicina libri octo), z najlepszych wydań na język polski przełożył Dr. med. i chir. Henryk Łuczkiewicz. Warszawa, 1889. str. XXXVII, 630. — Cena rs. 2.

Cybulski Napoleon, prof. **Fizyologia człowieka,** wydana staraniem Stanisława Markiewicza. Część I. Krew. Limfa. Mięśnie. Układ nerwowy. Warszawa. 1891. w 8-ce, str. 239, z 63 cynkotypami. — Cena kop. 75. — Część II. Krążenie krwi i limfy. Oddychanie. Trawienie. Warszawa, 1892. str. 240—494, z 58 cynkotypami. Cena kop. 75.

Fryderyk Sander. Zarys nauki o **Publicznej ochronie zdrowia,** według drugiego wydania z r. 1885, przełożył St. Markiewicz, str. VI, 632. Warszawa, 1891. — Cena rs. 1 kop. 50.

Dawid Wassercug. **Objawy oczne,** przy zaburzeniach układu nerwowego, oraz wartość ich przy rozpoznawaniu siedliska i natury chorób mózgowych. (Z rysunkami szematycznymi). Warszawa, 1891. w 16-ce, str. 256. — Cena rs. 1.

Wykłady z dziedziny Patologii ogólnej i szczegółowej. Przekład z dzieła: *Traité de Médecine,* wydanego pod kierunkiem profesorów: Charcot, Bouchard, Brissaud. Patologia ogólna zakażeń przez A. Charrin'a. Zaburzenia i choroby odżywiania przez Le Gendre'a przekład St. Markiewicza. Choroby zakaźne wspólne ustrojowi człowieka i zwierząt przez G. H. Rogera. przekład Ad. Ciąglińskiego. Warszawa 1893. w 8-ce, str. VIII, 966. — Cena rs. 4.

Wł. Oltuszewski. **Szkic fizyologii mowy** ze szczególnem uwzględnieniem głosek alfabetu polskiego. Z 5-ciu drzeworytami. Warszawa, 1893. w 8-ce, str. 38. — Cena kop. 20.

Wł. Biegański. **Logika medycyny** czyli zasady ogólnej metodologii nauk lekarskich. Warszawa, 1894. w 16-ce, str. 165. — Cena kop. 75. 62—6—1

Apteka „pod złotym Słoniem"

E. HELLERA

W KRAKOWIE

poleca PP. lekarzom każdego czasu świeże wszystkie płyny u siebie

sterylizowane. 59—x—1

Naczynia opatrunki i t. d. stale zawsze świeże na składzie, roztwory do wstrzykiwań podskór. n. p. ***kokaina, morfina*** i t. d.

Kąpiele borowinowe w domu.

MATTONIEGO WYCIĄGI BOROWINOWE

SÓL BOROWINOWA ŁUG BOROWINOWY

Wygodne środki do urządzenia

kąpieli mineralnych borowinowych i żelazistych w domu i w każdej porze roku.

Mattoniego sól borow.	Mattoniego ług borow.
(wyciąg suchy)	(wyciąg płynny)
w skrzynkach po 1 kilogr.	**w flaszkach po 2 kilogr.**

Od wielu lat wypróbowane w: 53—21—1

Metritis, Endometritis, Oophoritis, Parametritis, bladaczce, niedokrewności, zołzach, krzywicy, upławach białych, skłonności do poronień, porażeniach częściowych, parezach, dnie, gośćcu, guzach krwawn. i w celu ułatwienia wessania wypocin.

HENRYK MATTONI

Wiedeń, Franzensbad, Karlsbad, Giesshübl.

Mattoni & Wille, Budapeszt.

Dla **ZAKŁADU WODOLECZNICZEGO**

MARJÓWKA

koło Lwowa

(**medal srebrny** wystawy krajowej we Lwowie za wzorowe **urządzenie zakładu**, urocza lasami otoczona miejscowość, 6 budynków murowanych, doskonale urządzonych na zimę. Połączenie telefoniczne ze Lwowem).

poszukuje **spólnika, dzierżawcy** lub **nabywcy** właściciel

Emil Bertemilian Brajer

Lwów, ul. Brajerowska 10. 65—2—1

Guajacolum Carbonicum

znakomity środek przeciw gruźlicy,

[illegible]

Dr. F. v. Heyden Nachfolger, Radebeul bei Dresden.

[illegible] 9—16—1